



**SUSANA MARIA FERREIRA PINTO DA SILVA**

**O ENFERMEIRO(A) NO SERVIÇO DE MEDICINA: EXPERIÊNCIAS  
VIVENCIADAS DURANTE O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO COM A  
PESSOA COM DOENÇA EM FASE TERMINAL E SEU SIGNIFICADO**

**Trabalho de Projeto apresentado para a  
obtenção do grau de Mestre em  
Cuidados Paliativos, sob a orientação do  
Professor Doutor Eduardo Carqueja.**

**2º CURSO DE MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS  
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO  
PORTO, 2012**

## **DEDICATÓRIA**

À minha querida filha Mariana, com todo o meu amor.

Ao meu marido, pelas horas de ausência e pela compreensão, pelas palavras de carinho e de motivação nos momentos mais difíceis.

À minha mãe, pela sua preciosa ajuda e disponibilidade ao longo da realização deste trabalho.

À minha amiga Ana, pela força incondicional e incentivo durante este percurso.

A todos os meus restantes familiares e amigos, que direta ou indiretamente me ajudaram a percorrer este longo caminho até ao fim.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor Doutor Eduardo Carqueja, pelo modo como enquanto professor do Mestrado partilhou a sua experiência profissional e de vida. Pela sua preciosa ajuda na orientação deste trabalho, pelo seu apoio incondicional, e sua inteira disponibilidade desde o início.

Aos enfermeiros do serviço de Medicina F, pela compreensão e tolerância durante este percurso.

A todas as pessoas com doença em fase terminal e suas famílias, que tive o privilégio de conhecer e cuidar. São a minha fonte de inspiração e motivação todos os dias.

A todos o meu sincero: **MUITO OBRIGADA!**

## RESUMO

Refletir, sobre a comunicação com a pessoa com doença em fase terminal numa perspectiva de enfermagem, significa dedicar uma atenção muito especial ao que pensam, sentem e vivenciam os enfermeiros perante as necessidades e expectativas da pessoa, nesta fase do ciclo vital.

A evolução de uma doença incurável acompanhada pela antevisão da própria morte suscita na pessoa, sentimentos e emoções muito fortes. Sentimentos de perda, medo, ansiedade e incerteza associada às necessidades de natureza física, levam a que a situação da pessoa com doença em fase terminal seja vivenciada por ela e pela sua família, de forma única e singular.

Conceito outrora pouco valorizado, a comunicação enfermeiro/doente, assume atualmente um valor fundamental, sendo cada vez mais uma componente a valorizar, quer pelo seu impacto na relação que se estabelece entre estes intervenientes no processo de cuidar, quer pela sua importância no processo terapêutico.

Não obstante continua-se a investir pouco na área da comunicação ao nível da formação dos profissionais de enfermagem, sendo na prática uma ferramenta que por vezes não é objeto de reflexão, ficando ao critério de cada profissional a forma como a utiliza, na sua relação com a pessoa doente.

Diversa literatura aponta a necessidade de incutir nos profissionais de enfermagem o interesse pela comunicação, como um instrumento a ser valorizado pela equipa. Comunicar com os doentes é uma necessidade e uma constante na prática diária do enfermeiro (a), porém os significados que estes profissionais atribuem às suas vivências comunicacionais dependem dos processos de codificação e decodificação efetuados quer pelo enfermeiro(a) quer pelo doente, evidenciando-se a este nível alguns problemas (Saraiva, 2003).

As dificuldades de comunicação com os doentes não se centram somente na pessoa doente em virtude das alterações do bem-estar físico e psicológico que as doenças crónicas, progressivas e incuráveis provocam, mas surgem também pela inexperiência dos próprios enfermeiros, constituindo-se como um obstáculo à comunicação bem-sucedida (Saraiva, 2003).

Neste contexto, consideramos pertinente e oportuno destacar o objeto deste estudo: “O Enfermeiro (a) no serviço de medicina: experiências vivenciadas durante o processo de comunicação com a pessoa com doença em fase terminal e seu significado”.

A finalidade do presente estudo, é conhecer e explorar a realidade dos enfermeiros que exercem funções no departamento de medicina, no que diz respeito ao processo de comunicação, com a pessoa com doença em fase terminal.

Nesse sentido, optamos por orientar a elaboração deste trabalho, com base no estudo do tipo exploratório – descritivo, segundo o paradigma qualitativo e com uma abordagem fenomenológica.

Com o intuito de se obter um conhecimento mais amplo e holístico do fenómeno da comunicação dos enfermeiros com a pessoa com doença em fase terminal, a população alvo definida para o estudo, são os enfermeiros a exercer a sua atividade no departamento de medicina, e que frequentemente têm ao seu cuidado pessoas com esta especificidade.

A entrevista semi-estruturada foi o instrumento de recolha de dados por nós adotada. Por fim projeta-se efetuar o procedimento do tratamento e análise dos dados, através da técnica, análise conteúdo com o auxílio do *software* Nvivo8®.

O desenvolvimento deste trabalho permitiu-nos compreender em maior profundidade a complexidade do fenómeno de comunicação enfermeiro/pessoa com doença em fase terminal. A pessoa com doença em fase terminal, oncológica/não oncológica, confronta-se com uma série de necessidades e sentimentos que são também vivenciados pela família. O cuidar em enfermagem pressupõe uma relação de ajuda com o outro; cuidar de uma pessoa com doença em fase terminal não é fácil, pois é imperativo atender a todas as suas necessidades. Isto, requer do enfermeiro conhecimentos técnico-científicos, mas também sensibilidade, comprometimento e perícias de comunicação. A comunicação, surge como a chave para aceder e atender a pessoa com doença em fase terminal, com dignidade em todas as suas dimensões.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Cuidar, Comunicação, Pessoa com Doença em Fase Terminal.

## ABSTRACT

Reflecting on the communication with the person with a terminal illness in a nursing perspective, means devoting special attention to what the nurses think, feel and experience, when facing the needs and expectations of the person at this stage of the life cycle.

The evolution of an incurable illness together with the foresight of death itself, raises very strong feelings and emotions. Feelings of loss, fear, anxiety and uncertainty that are associated with needs of physical nature, tend to shape the situation of people with end-stage disease, into an unique and singular experience lived by her and her family.

The formerly underrated concept, communication nurse / patient, currently plays a fundamental part, and is a key component that everyone wishes to improve, either due to its impact on the relationship established between these main actors in the care process, but also because of its relevance in the therapeutic process.

Nevertheless, there's still little investment being done into training nursing professionals to become better prepared at a communication level, being a tool that sometimes is not the object of reflection, it is used accordingly to each one's criteria, leading to a wide spread of possible outcomes in the chosen relationship with the sick person.

Diverse literature urges nursing professionals to acquire interest about communication skills, as an instrument to be valued by the team. Communicating with patients is a necessity and a constant in the daily practice of nurses, but the meanings they attach to their communicational experiences, depend on the encoding and decoding processes performed both by nurse and patient, which may result in problems at this level (Saraiva, 2003).

The difficulties that may occur associated with the need to communicate with patients, aren't justified only by the expectable and undesired effects of chronic, progressive and incurable diseases that affect both the physical and psychological well-being of patients, but also arise due to the inexperience of the nursing staff, which tends to become a significant obstacle to a successful communication (Saraiva, 2003).

In this context, we consider relevant and appropriate to highlight the object of this study: "The Nurse at the service of medicine: lived experiences during the process of communicating with a person with terminal illness and its meaning".

The purpose of this study is to understand and explore the reality of nurses, who work in the department of medicine, regarding the communication process with the person with a terminal illness.

Following this line of orientation, we chose to guide the development of this work, based on an exploratory study - descriptive, accordingly to the qualitative paradigm and with a phenomenological approach.

In order to obtain a more comprehensive and holistic understanding of the phenomenon of nurses' communication with patients with end-stage diseases, the chosen target population for this study were nurses performing their activity in the department of medicine, and that often have people in their care with this specificity.

A semi-structured interview was the instrument adopted by us, for data collection. We intend to process acquired data using the technique content analysis, with the help of software tool Nvivo8 ®.

The development of this work allowed us to understand in greater depth the complexity of the phenomenon of communication nurse / person with terminal illness. A patient with a terminal illness, cancer / noncancer, struggles with a wide range of needs and feelings that are also shared with family members. The nursing care requires a supportive relationship with one another; caring for a person with a terminal illness is not easy, it is imperative to meet all of his needs. This requires nurses to have appropriate, technical and scientific knowledge, but also sensitivity, commitment and communication skills. Communication emerges as the key, to access and meet the person, with dignity in all of its dimensions.

**Keywords:** Nursing, Care, Communication, People with end-stage disease.

## **ABREVIATURAS/SIGLAS**

**a.C.** – Antes de Cristo

**Cf.** – Confira

**DGS/MS** – Direção-Geral de Saúde/Ministério da Saúde

**ELA** – Esclerose Lateral Amiotrófica

**EM** – Esclerose Múltipla

**IASP** – *International Association for the study of Pain*

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**SECPAL** – *Sociedad Española de Cuidados Paliativos*

**SIDA** – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

**ULSM** – Unidade Local de Saúde de Matosinhos



# ÍNDICE

RESUMO .....	4
ABSTRACT .....	6
ABREVIATURAS / SIGLAS .....	8
ÍNDICE DE FIGURAS .....	10
INTRODUÇÃO.....	11
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	
1. CUIDAR: ESSENCIA DA ENFERMAGEM.....	14
1.1.Cuidar a Pessoa com Doença em Fase Terminal.....	16
1.1.1.A Pessoa com Doença em Fase Terminal .....	18
1.1.2.A Pessoa com Doença em Fase Terminal: Oncológica/Não Oncológica.....	26
2. COMUNICAÇÃO: ASPETOS BÁSICOS.....	33
2.1.A Comunicação na Relação Enfermeiro/Doente .....	36
2.2.A Comunicação Enfermeiro / Pessoa com Doença em Fase Terminal .....	43
<b>PARTE II – PERCURSO METODOLÓGICO</b>	
1. PROJETO DE INVESTIGAÇÃO .....	50
1.1. Metodologia.....	52
1.1.1.Questões de investigação.....	53
1.1.2.População em estudo .....	54
1.1.3.Instrumento e procedimento na recolha de dados .....	55
1.1.4.Procedimento de tratamento e análise de dados .....	59
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	64
ANEXOS .....	72
ANEXO I – Guião da Entrevista .....	73
ANEXO II – Pedido de Autorização para Realização do Estudo .....	76
ANEXO III – Consentimento para realização da Entrevista.....	78

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1. – Modelo de Investigação .....	59
--	----

## INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos, inserem-se numa etapa do ciclo da vida, onde a reflexão do cuidar em enfermagem e as relações humanas têm um papel fundamental. Em todo o mundo, particularmente na Europa do Norte, Estados Unidos e Canadá, é reconhecida a importância dos cuidados paliativos, estando os mesmos já desenvolvidos e implementados. Em Portugal os cuidados paliativos são ainda recentes. Só nos últimos anos se começou a verificar um interesse e desenvolvimento crescente. Não obstante, muitos doentes continuam a recorrer a hospitais de agudos, na fase final da sua vida, e a sujeitarem-se a esse mesmo estatuto.

Atualmente pensar na enfermagem numa perspetiva holística, implica o reconhecimento da importância da comunicação no âmbito das relações interpessoais.

“Quando o enfermeiro cuida de um utente em fim-de-vida, deve ter presente, além dos princípios éticos e morais que envolvem a relação com o outro, que a prática da enfermagem não se deve reduzir à mera execução de técnica” (Pires, 2001: 87).

O enfermeiro<sup>1</sup> que cuida de uma pessoa com doença em fase terminal deve considerá-la com um ser único, social e espiritual. Esse cuidar, integral e humanizado, é evidenciado quando o enfermeiro faz uso da comunicação.

Apesar de os enfermeiros reconhecerem o processo de comunicação com a pessoa com doença em fase terminal, um recurso terapêutico importante e efetivo, reconhecem também que se deparam com dificuldades em estabelecer um processo comunicativo eficaz, assumindo-se como mal preparados neste processo (Araújo e Silva, 2007).

Por sua vez, os doentes relatam que as suas expectativas em relação aos profissionais de enfermagem recaem na área da comunicação, queixando-se da separação da família, do ambiente desconhecido e agressivo, da quebra das suas rotinas, do medo de morrer, da dependência do outro e da falta de atenção individualizada (Silva, 2003).

A comunicação no âmbito dos cuidados de saúde exige tempo, compromisso e desejo sincero de escutar e compreender as preocupações do doente. Não é um mérito

---

<sup>1</sup> Designação adotada neste trabalho, como referência aos enfermeiros e enfermeiras.

atributo, mas um componente vital, inerente e necessário, razão pela qual no currículo de formação dos profissionais de saúde, cada vez mais se insista, no aprofundamento das questões relacionadas à comunicação (Pessini e Bertachini, 2005).

Diariamente no nosso contexto de trabalho, cuidamos de pessoas com doença em fase terminal. Este fato levanta-nos algumas interrogações, nomeadamente no que se refere ao processo de comunicação que é estabelecida e ao significado que cada enfermeiro lhe atribui.

Neste sentido, em nosso entender, esta investigação é pertinente pelas reflexões que pode induzir, relacionadas com a comunicação com a pessoa nesta fase tão singular da sua vida, podendo futuramente, contribuir para a melhoria da qualidade da mesma e consequentemente dos cuidados que lhe são prestados.

A organização deste trabalho, pretende refletir as etapas percorridas. Assim, na primeira parte, ou seja, no enquadramento teórico, procuramos desenvolver e clarificar alguns dos conceitos centrais do estudo: cuidar em enfermagem, a pessoa com doença em fase terminal, comunicação enfermeiro/pessoa doente. Na segunda parte, apresentamos e fundamentamos as nossas opções metodológicas. Por fim, na última parte do trabalho de projeto, efetuamos as considerações finais sobre a temática explorada.

O enfermeiro (a) no serviço de medicina: experiências vivenciadas durante o processo de comunicação com a pessoa com doença em fase terminal e seu significado.

---

## **PARTE I**

---

### **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## **1. CUIDAR: ESSENCIA DA ENFERMAGEM**

Ao longo dos tempos a evolução da enfermagem tem sido constante. Desde a década de 50 que foram concebidos vários modelos teóricos, com o objetivo de clarificar a essência e a especificidade da profissão, assim como orientar a formação a par da prática e da investigação em Enfermagem (Hesbeen, 2000).

O emergir da enfermagem como profissão, com elevado impacto na área da saúde, tem conduzido os profissionais na busca constante da excelência dos cuidados, com grande expressão na relação de proximidade junto do doente/família.

A enfermagem, ocupa na atualidade um lugar de destaque na área do cuidar, sendo esta essência, a pedra basilar da profissão. Tal como refere Watson (2002: 54) “A função de enfermagem na ciência, assim como na sociedade, é cuidar da totalidade da personalidade humana”.

Na perspetiva de Collière (1999) cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é igualmente um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporariamente ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais.

Cuidar é um aspeto estrutural do crescimento e desenvolvimento, tanto para quem cuida como para quem é cuidado. No cuidar há um comprometimento em promover a humanidade de cada pessoa e em respeitá-la na sua individualidade e dignidade. Cuidar implica ter em consideração o que é necessário para que a pessoa realmente exista segundo a sua própria natureza, segundo as suas necessidades, os seus desejos e os seus objetivos (Honoré, 2001).

Pacheco (2004:33-34) considera, que “cuidar é um verdadeiro encontro com o outro numa relação de proximidade e de ajuda, caracterizada pela abertura, pela compreensão e pela confiança (...)”.

O conceito de “cuidar” tem merecido nos últimos anos uma maior atenção, sendo muito referenciado na literatura associada à enfermagem. Da escola do cuidar, é de realçar Jean Watson, uma das teóricas que muito contribuíram para a enfermagem. De acordo com Watson (2002:55) “cuidar requer envolvimento pessoal, social, moral e

espiritual do enfermeiro e o comprometimento para com o próprio e para com os outros humanos (...)”.

Referenciado Riley (2004:16) “cuidar constitui a base da profissão da enfermagem”. Para a autora, os enfermeiros podem possuir um vasto leque de conhecimentos e serem peritos tecnicamente, sem contudo serem profissionais vocacionados para o cuidar. Podem também ser competentes tecnicamente e serem detentores de um vasto leque de conhecimentos, e no plano relacional apresentarem comportamentos inadequados. Apesar da satisfação decorrente da competência técnica e dos conhecimentos científicos, o processo de comunicação presente na relação enfermeiro/doente, é dos aspetos mais valorizados (Riley, 2004).

### ***1.1. Cuidar a Pessoa com Doença em Fase Terminal***

“Não sei como ajudar a morrer, mas tenho a certeza de que posso (na maioria das situações) ajudar a viver até ao momento de morrer”

António Barbosa (2003: 41).

Os enfermeiros são frequentemente confrontados com a morte, sobretudo os que desempenham a sua atividade no meio hospitalar. Porém, são pessoas que não estão descontextualizadas da cultura e sociedade em que estão inseridas, estando sujeitas as influências da sua evolução (Pacheco, 2006).

Refletindo sobre o fenómeno da morte em termos históricos, não podemos deixar de referir que existiu uma grande mudança. A sociedade que antigamente cuidava dos seus moribundos, proporcionando-lhes uma morte digna e tranquila em casa rodeada de afeto, hoje fecha os olhos perante a morte, ocultando-a e negando-a.

A morte na sociedade atual deixou de ocorrer no seio familiar e passou a ser institucionalizada, rodeada de técnicas e cientificidade. “ A morte faz parte do ciclo da vida, é incontornável, mas o medo que provoca é secular, por isso foi gradualmente transferida para os hospitais, dessocializou-se, deixou de ser vivida como um fato social” (Ariés, 1988 citado por Sapeta e Lopes, 2007: 36).

Kübler-Ross (2005), corrobora com o autor ao sustentar que o receio da morte, como condição humana é algo universal e imutável. De acordo com a autora, o que se alterou foi a forma de morrer e conviver com esse acontecimento. Na sua perspetiva o processo de morrer hoje em dia, é “ triste demais sob vários aspetos, sobretudo é muito solitário, muito mecânico e desumano” (Kübler-Ross, 2005: 11-12).

Apesar de a morte ser uma constante no meio hospitalar, reconhece-se que alguns profissionais de saúde, apresentam dificuldades em enfrentar a morte e lidar com as pessoas em fase final de vida.

“Os enfermeiros têm dificuldades em lidar com o processo de morrer. Quando se deparam com um doente em fim de vida, têm a tendência de adotar atitudes extremas,



tais como afastar-se do doente ou, pelo contrário, envolverem-se emocionalmente e de forma muito intensa” (Pacheco, 2006: 31).

Brites et al., (2006) partilham desta opinião, segundo os autores, apesar dos enfermeiros ocuparem um lugar peculiar na relação com a pessoa com doença em fase terminal, por vezes sentem-se impotentes, e referem dificuldades para identificar os seus próprios sentimentos.

Se os enfermeiros se envolverem demasiado no sofrimento da pessoa, sobrecarregam-se emocionalmente, tornando-se ineficazes. Se pelo contrário, evitarem esse envolvimento, ignorando-o ou não lhe dando o devido valor, ficam com a sensação que não estão a dar a atenção e o apoio que esperam deles (Riley, 2004).

Barbosa (2003) acrescenta, que as situações mais difíceis não estão relacionadas com a morte em si, mas sim com o sofrimento de uma doença prolongada, sendo imperativo investir nos cuidados à pessoa com doença em fase terminal.

O morrer, como ato humano, é banal e anónimo, como o nascer, mas cada sujeito é único e será sempre muito difícil ser capaz de entender autenticamente o que se está a passar nele e com ele: está a morrer como homem, como um mortal, e não só como um doente. Qualquer palavra poderá ser irrelevante, insignificante, mas o que pode ser verdadeiramente importante é estar lá com ele. É a possibilidade desta presença, este privilégio de contato com o morrer, que poderá permitir aos profissionais de saúde dar mais cedo um sentido à vida ou um sentido diferente (...)” (Barbosa, 2003: 40).

Os enfermeiros, são dos profissionais de saúde que mais frequentemente estão presentes juntos das pessoas com doença em fase terminal, assistindo de perto ao momento da sua morte. Esta presença, leva por vezes o próprio enfermeiro a refletir sobre a sua própria finitude e as suas emoções em relação à vida e à morte. Não obstante, a morte não deve ser vivenciada como um mero acontecimento ou de algum modo banalizada.

Segundo a OE (2004:3) “ a enfermagem ocupa-se, sobretudo da promoção da saúde, da prevenção da doença, bem como do cuidado de pessoas doentes, incapacitadas ou num estágio terminal”<sup>2</sup>.

Atendendo à importância da atuação do enfermeiro em todo o ciclo vital e nesta etapa da vida em concreto, o Código Deontológico do Enfermeiro, contempla no Artigo 87º, a atuação do enfermeiro (a), junto da pessoa em fim de vida:

“ O enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever:

- a) Defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida;
- b) Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas;
- c) Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte” (OE, 2005: 125).

### ***1.1.1. A Pessoa com Doença em Fase Terminal***

Os avanços alcançados na medicina têm em muito contribuído para um aumento da longevidade. No entanto, passar a viver mais tempo não implica necessariamente que se passe a viver melhor. Cada vez mais, somos confrontados com pessoas a quem são diagnosticadas doenças crónicas, oncológicas ou não.

De acordo com Barbosa (2003: 46), pode entender-se por doença terminal: “ uma doença (avançada, incurável e progressiva) com diagnóstico confirmado, em que se verifica falta de resposta a tratamento específico, a presença de sintomas intensos, multifatoriais e cambiantes e um grande impacto emocional no doente, na família e na equipa de cuidados, com prognóstico de vida inferior a seis meses”.

---

<sup>2</sup> A OE (2005: 125) considera o estágio terminal quando “ a morte é previsível a, mais ou menos, curto termo” completando esta afirmação com uma citação de Daniel Serrão (1990) acerca do conceito de doentes terminais “são aqueles para quem a ciência e a tecnologia não têm meios para suspender a morte”.

Para a *Sociedad Española de Cuidados Paliativos* (SECPAL), “ a situação de doença terminal reúne uma série de características, semelhantes às enunciadas por Barbosa (2003):

- Presença de doença avançada, progressiva, incurável;
- Não existirem possibilidades de responder a um tratamento específico;
- Presença de múltiplos problemas ou sintomas graves, multifatoriais;
- Impacto emocional no doente, na família e equipa terapêutica relacionado com presença explícita ou não da morte;
- Prognóstico inferior a 6 meses”<sup>3</sup>.

A expressão “ doente em fase terminal”, é normalmente aplicada às pessoas com uma doença crónica e /ou incurável e que se encontram numa fase irreversível e de agravamento de sintomas, indícios da proximidade da morte (Pacheco, 2004).

De acordo com a mesma autora, pode afirmar-se que uma pessoa se encontra em fase terminal, quando se verificam alguns critérios:

- “Existência de uma doença crónica ou incurável e de evolução progressiva;
- Ineficácia comprovada dos tratamentos;
- Esperança de vida relativamente curta;
- Perda da esperança da recuperação ” (Pacheco, 2004: 52).

Por sua vez, Silva (2006: 41), refere-se aos doentes terminais como:

“ (...) pessoas para quem já não há recursos terapêuticos disponíveis capazes de parar a marcha da doença, tornando-se a morte previsível a mais ou menos curto prazo. Estamos perante a situação de um padecimento que desliza para a senescência avançada com progressiva perda de forças e capacidades e que conduz inexoravelmente à morte. Teremos, então, um hiato temporal que pode ir de horas ou dias a semanas ou meses”.

A este prepósito Barbosa (2003: 44), refere: “os últimos meses/dias dos doentes com uma doença incurável constituem um período de estar «morrendo» designado por fase terminal”.

---

<sup>3</sup> Tradução da nossa responsabilidade

Segundo os *Estándards de Cuidados Paliativos, do Servei Catalá de la Salut* (1995), doente terminal “ é aquele que apresenta doença avançada, incurável e evolutiva, com elevadas necessidades de saúde pelo sofrimento associado e que, em média, apresenta uma sobrevida esperada de 3 a 6 meses” (Citado por Neto, 2010: 16).

Referenciando, Arrazola (2001: 46), “ A pessoa em fase terminal é a que sofre de uma doença que não responde ao tratamento curativo sendo a morte previsível num período entre 3 a 6 meses”<sup>4</sup>.

Pelo exposto e de acordo com Gutierrez (2001), parece não existir critérios universalmente aceites para definir a pessoa como “terminal”. “ Na prática, a identificação do paciente terminal, sem esperança de vida ou com morte inevitável, é complexa e não envolve unicamente um raciocínio lógico” (Carvalho et al., 2001, citado por Quintana, 2006: 418).

Relativamente a este conceito, também (Martins, 2010: 23) no seu estudo<sup>5</sup> refere:

“Na literatura não existe uma definição concreta de “final de vida”. No entanto parece ser consensual que esta fase se caracteriza pelo esgotamento das possibilidades de recuperação das condições de saúde do doente, pela irreversibilidade da doença, pela mudança de objetivos do tratamento (deixa de ser de cura e passa a ser paliativo) e pelo fato de a morte parecer inevitável, próxima e previsível”.

Um dos critérios frequentemente discutidos, é o que diz respeito ao prognóstico do tempo de vida da pessoa com doença em fase terminal. O maior perigo de se efetuar prognósticos relativos ao tempo de vida da pessoa, são o de determinar a sua morte social antes da morte física propriamente dita, e nesse contexto negligenciar as suas necessidades. De um modo geral a avaliação prognóstica de pessoas com doença em fase terminal, apresenta ainda erros consideráveis, sobretudo quando estamos a falar das doenças não-oncológicas (Arantes, 2009).

---

<sup>4</sup> Tradução da nossa responsabilidade

<sup>5</sup> Martins, M. *Aliviando o Sofrimento: O Processo de Acompanhamento de Enfermagem ao Doente em Final de Vida*. Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa. 2010:23.

Neto (2010:27), na mesma linha de pensamento acrescenta: “ Apesar da realização do prognóstico não ser uma ciência exata, existem dados que permitem fazer estimativas com alguma credibilidade, de forma a transmitir informações aos doentes que frequentemente colocam questões sobre quanto tempo irão viver”.

O *Índice de Karnofski* (100% = normal, 10% = moribundo) é um dos instrumentos que podem ser usados para avaliar a capacidade funcional do doente. A *Palliative Performance Scale*, uma adaptação do *Índice de Karnofsky*, é específica para medir o *status* físico em cuidados paliativos<sup>6</sup> (Arantes, 2009; Neto, 2010).

Ao falarmos da pessoa com doença em fase terminal, é imperativo abordarmos o contributo dado pela médica psiquiatra Kübler-Ross. A partir das suas experiências profissionais junto dos doentes terminais, a autora identificou cinco tipo de reações emocionais que podem ser vivenciadas pelos doentes. São elas: negação, raiva, negociação, depressão e a aceitação<sup>7</sup> (Pires, 2001). Estas reações emocionais correspondem ao padrão habitual da pessoa, quando confrontada com uma doença terminal. Não obstante, é de salvaguardar que o doente não tem obrigatoriamente que as vivenciar pela ordem anunciada, nem as vivenciar todas, pois segundo a autora, “ (...) um estágio não substitui o outro, mas podem coexistir lado a lado, às vezes se justapondo” (Kübler-Ross, 2005: 268).

Os cuidados a prestar à pessoa com doença em fase terminal têm como principal objetivo o conforto e o acompanhamento da pessoa ao longo de todo o seu percurso, possibilitando-lhe, assim, o máximo de bem-estar e plenitude durante a vida que lhe resta viver (Pacheco, 2004).

Moraes (2009: 232) acrescenta: “ Ao pensarmos no cuidado a uma pessoa com doença em fase avançada, devemos considerar que necessitamos dar prioridade as suas necessidades. Estas necessidades na maioria das vezes não estão apenas no aspeto físico relacionado à doença, mas também nos aspetos afetivos, emocionais, psicológicos e espirituais envolvidos”.

---

<sup>6</sup> Para explorar com mais profundidade o *Índice de Karnofsky* e a *Palliative Performance Scale*, cf. (Arantes, 2009: 20-36).

<sup>7</sup> Para explorar com mais profundidade estas reações, cf. Kübler-Ross, E (2005) *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. São Paulo: Martins Fontes.

Para atender a estes objetivos, torna-se imperativo uma mudança de atitude dos profissionais de saúde em relação a estes doentes, no sentido de reconhecerem que o foco dos cuidados deixar de ser o de “curar” e continua a ser o “cuidar”.

Os que concebem a morte como o fracasso da medicina ou que sempre a negaram possivelmente trocarão olhares cúmplices e segredarão vencidos: “Já não há nada a fazer”, e tentarão evitar o contato com os que estiverem a morrer. Aqueles que concebem a morte como um fenómeno natural que faz parte da vida e cuja arte é o “verdadeiro cuidar”, terão sempre muita coisa a fazer (Figueiredo, 2007).

Araújo e Silva (2007) concordam com esta posição, ao afirmarem que é errónea a ideia de que nada mais há para oferecer a pessoa com doença em fase terminal. Para os autores, “ enquanto há vida, existe a necessidade do cuidado de enfermagem” (2007: 669).

“ O doente terminal é um doente com necessidades específicas, particulares e multifatoriais, o que implica um trabalho em equipa e uma atenção continuada e individualizada” (Pereira e Lopes, 2005: 58).

A este respeito Carneiro et al., (2011) acrescentam, que só com uma avaliação adequada dessas necessidades, é possível elaborar um plano holístico.

Neste contexto, os enfermeiros enquanto profissionais de saúde devem interrogar-se e refletir sobre o que têm para oferecer a estes doentes e suas famílias. Como devem enquanto profissionais, para fazer face às suas necessidades? Será o diagnóstico de uma doença crónica, incurável e avançada sinónima de afastamento e desinteresse? Será a falta de recursos, a sobrelotação de um serviço, a equipa desfalcada com horários acrescidos, a desmotivação relacionada com uma carreira sem futuro, associado às dificuldades que muitos profissionais têm em “cuidar” da pessoa com doença em fase terminal, justificação para não atender as suas necessidades?

Barbosa (2003) refere, que a pessoa com doença em fase terminal é afastada, separada e abandonada num vazio assistencial e relacional, já que as prioridades e também a escassez de recursos, faz com que a pessoa seja marginalizada, em prol dos doentes «curáveis».

Os direitos da pessoa com doença em fase terminal são, antes de mais, direitos fundamentais da pessoa humana, pois não é pelo fato de a pessoa se encontrar doente, que deixa de ser um cidadão de pleno direito. Neste contexto, a pessoa é titular de todos

os direitos reconhecidos nos textos da Declaração Universal dos Direitos do Homem, aprovada a 10 de dezembro de 1948 pela Assembleia Geral das Nações Unidas (Moreira, 2006).

Contudo, o documento que faz alusão específica e exclusiva aos direitos da pessoa com doença em fase terminal é a Carta dos Direitos do Doente Terminal (1975), criada num seminário, realizado em Lansing- Michigan, intitulado “Paciente Terminal, Como Ajudá-lo” (Pacheco, 2004).

Na opinião da autora (2004), os direitos enunciados nesta carta mantêm-se atuais, sendo ainda reconhecidos como os mais importantes no cuidado à pessoa com doença em fase terminal.

Segundo Pessini (1990), Garcia Férez (1998), citados por Moreira (2006) e Pacheco (2004), os direitos expressos na Carta dos Direitos do Doente Terminal, são:

- Ser tratado como pessoa até ao fim da vida, o que implica a prestação de cuidados individualizados, tendo presente que o doente é uma pessoa única, com personalidade, passado, valores e convicções que devem ser respeitados;
- Expressar os seus sentimentos e emoções relacionados com a proximidade da morte, o que implica ser ouvido e compreendido;
- Manter e expressar a sua fé, numa perspetiva de liberdade religiosa, o que implica ter o direito a assistência religiosa que deseja, ou prescindir dela;
- Ser cuidado por profissionais competentes e sensíveis, capazes de comunicarem, de compreenderem as suas necessidades e prestarem cuidados adequados a cada momento;
- Não sofrer indevidamente, o que implica o recurso aos meios necessários para o alívio da dor e dos restantes sintomas;
- Receber respostas adequadas e honestas às suas perguntas;
- Participar em todas as decisões que lhe dizem respeito: subjacente a este direito está a defesa da autonomia do doente enquanto pessoa - o direito de receber informação (ou o de não ser informado) para que possa participar nos cuidados, e decidir se quer ou não ser alvo deles (direito à recusa do tratamento);

- Manter a sua hierarquia de valores e não ser discriminado pelo fato das suas decisões poderem ser diferentes, das dos profissionais que o cuidam;
- Ter o conforto e o direito a estar acompanhado pela família e amigos, ao longo de todo o processo da doença, e no momento da morte;
- Morrer em paz e com dignidade: todo o ser humano tem direito a viver a sua própria morte, com os cuidados adequados às suas necessidades e se possível em ambiente familiar. Na sua impossibilidade, num ambiente o mais próximo do seu.

Na opinião de Moreira (2006), na sociedade atual, em que se começa a reclamar o respeito pelo direito a uma vida digna até ao fim, em que se privilegia o acompanhamento da pessoa, minorando a dor física e psicológica, em que se defende cada vez mais a qualidade de vida e não a sua duração, nunca será demais insistir para a importância de se respeitarem os direitos mencionados, para que a pessoa e a família possam usufruir do tempo que ainda lhes resta (Moreira, 2006).

A família como parte integrante das nossas vidas, não pode pois ser esquecida quando pensamos em atender uma pessoa com doença em fase terminal. Neste sentido, cuidar de uma pessoa com doença em fase terminal implica também cuidar da sua família, que tem de assumir o seu próprio sofrimento perante a perda de um ente querido, ao mesmo tempo que tem de acompanhar um processo de fim de vida (Hennezel e Leloup, 1998).

Em contexto hospitalar, os familiares por vezes estão sujeitos a regras e rotinas, que por vezes ainda impõem restrições ao acompanhamento do seu familiar.

Cerqueira (2005) realça estes aspetos, ao referir que os familiares por vezes são desencorajados de prestar cuidados ao doente, não sendo envolvidos nos mesmos, o que poderá desencadear sentimentos de impotência. “ O quotidiano hospitalar transforma-se em algo tão mecanizado, que relega aspetos importantes, tais como, a disponibilidade, a aceitação, a coerência, a verdade, a comunicação (...) ” (Cerqueira, 2005: 55).

Atualmente, a organização dos cuidados obriga-nos a compromissos infelizes, atribuímos maior importância à burocracia e ao trabalho organizacional, do que às pessoas. Muitas vezes, o excesso de trabalho limita o nosso tempo junto das pessoas e impedem-nos de estarmos presentes fisicamente e afetivamente.



Não obstante, e tendo a enfermagem na sua essência o cuidar, a relação com a pessoa doente e sua família, deveria ser primordial, já que a mesma é condição para atender as suas necessidades, sendo também determinante para a qualidade dos cuidados (Cerqueira, 2005; Phaneuf, 2005).

É consensual na população em geral, mas também nos profissionais de saúde, que a carga negativa associada às doenças terminais, está relacionada com o medo que o período terminal inspira. Esta representação, leva muitas vezes os profissionais de saúde a afastarem-se, julgando por terminada a sua tarefa (Barbosa, 2003).

Cuidar de uma pessoa com doença em fase terminal não é fácil, pois devemos atendê-lo em todas as suas necessidades: físicas, psicoafectivas, espirituais. A pessoa deve ser considerada com todo o respeito que lhe é merecido, como ser humano com a sua biografia, sua personalidade, as suas tendências e os seus problemas particulares. “O cuidar deve ser orientado numa perspectiva de cuidados globais, ativos e continuados, centrados no doente e na família” (Moreira, 2006: 36).

Nesta perspectiva, a resposta adequada às necessidades destes doentes passa pelos cuidados paliativos (Barbosa, 2003; Carneiro et al., 2011).

De acordo com a OMS (2010), os cuidados paliativos são:

“Uma abordagem que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos doentes que enfrentam problemas relacionados com uma doença grave que ameaça a vida, e suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais”.<sup>8</sup>

Ainda segundo a mesma fonte (OMS, 2010), os cuidados paliativos:

- “Proporcionam alívio da dor e outros sintomas angustiantes;
- Afirmam a vida e respeitam a morte como um processo natural;
- Não pretendem apressar ou adiar a morte;
- Integram os aspetos psicológicos e espirituais nos cuidados ao doente;
- Oferecem um sistema de apoio que ajuda o doente a viver o mais ativamente possível até à morte;

---

<sup>8</sup> Tradução da nossa responsabilidade.

- Oferecem um sistema de suporte que ajuda a família a lidar com a doença e a perda do doente, e que se prolonga pelo período do luto;
- Devem ser introduzidos no início do percurso da doença”.

De acordo com o Programa Nacional de Cuidados Paliativos, (2010: 10):

“ Os Cuidados Paliativos constituem uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar ativamente os doentes com prognóstico de vida limitado. (...) Têm como componentes essenciais: o alívio dos sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional; o apoio à família; o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade”.

Inicialmente, estes cuidados destinavam-se apenas aos doentes oncológicos, e operavam no período imediatamente antes da morte. Com o desenvolvimento crescente da palição<sup>9</sup> e por questões éticas de equidade, justiça e acessibilidade a cuidados de saúde, os doentes com doenças como a insuficiência do foro cardíaco, renal, hepática, respiratória, com SIDA em estadio terminal, com doenças neurológicas degenerativas, com demências na fase final, entre outras, passaram a ser abrangidos pelos cuidados paliativos (Neto, 2010).

### ***1.1.2. Pessoa com Doença em Fase Terminal: Oncológica/Não Oncológica***

“ Em Portugal, 60% da mortalidade deve-se a doenças crónicas evolutivas como o cancro (20-25%), as insuficiências orgânicas (respiratória, cardíaca, hepática, renal, etc.) ou as doenças neurológicas progressivas (demências, Parkinson, ELA, EM, etc.). Em múltiplas ocasiões, também existem co

---

<sup>9</sup> De acordo com o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2010: 9), “ Entende-se por Palição o alívio do sofrimento do doente”. “Por Ações paliativas as medidas terapêuticas sem intuito curativo, isoladas e praticadas por profissionais sem preparação específica, que visam minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença, sobre o bem-estar global do doente, nomeadamente em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva” *Decreto-Lei nº 52/2012.D.R.I Série.172 (12-09-05) 5119.*

morbilidades (síndromes geriátricas) que se desenvolvem de uma forma progressiva em semanas ou meses, com frequentes crises de necessidades” (Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2010: 5).

O cancro, é a principal causa de morte nos países desenvolvidos e a segunda principal causa, nos países em vias de desenvolvimento. A sua incidência continua a aumentar todos os anos, sobretudo nos países em vias de desenvolvimento, morrendo por ano cerca de 7 milhões de pessoas<sup>10</sup>. Este aumento, também se verifica em Portugal, sendo que em 2010, morreram cerca de 25 mil pessoas por esta doença no nosso país<sup>11</sup>.

“Em termos etimológicos, a palavra *cancro* deriva do latim e significa caranguejo; o uso da palavra remonta ao século V a.C tendo Hipócrates verificado que as «veias» que irradiavam dos tumores do peito se assemelhavam a um caranguejo” (Matos e Pereira, 2005: 15).

O cancro é um grupo de doenças caracterizadas pelo crescimento anómalo de células, que pode resultar em morte. É causado por fatores externos e internos, que podem agir em conjunto ou de modo sequencial. Em norma passam cerca de 10 anos, desde a exposição aos fatores externos até ao momento do diagnóstico do cancro. A cirurgia, radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal, terapia biológica, e terapia alvo são formas de tratamento do cancro<sup>12</sup>.

A doença oncológica reveste-se de características com grande carga emocional e social, associada ao estigma negativo que a palavra *cancro* acarreta. Apesar dos avanços científicos, muitos tipos de doença oncológica ainda evoluem para uma situação de doença terminal e morte.“ É consensualmente aceite entre os profissionais e na população em geral que muita da carga negativa do cancro deriva precisamente do terror que o seu período terminal inspira” (Barbosa, 1997, citado por Pereira e Lopes, 2005: 58).

---

<sup>10</sup> De acordo com a Liga Portuguesa Contra o Cancro

<sup>11</sup> Pordata – “Óbitos por algumas causas de morte” Fontes/Entidades: INE – DGS/MS, INE <http://www.pordata.pt/Portugal/Obitos+por+algumas+causas+de+morte+por+100+mil+habitantes-1987>. [12 de Setembro de 2012]

<sup>12</sup> American Cancer Society “Cancer Facts & Figures 2012”

<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acs-pc-031941.pdf>. [10 de Maio de 2012]

O doente com doença oncológica em fase terminal vê-se confrontado com a necessidade de adquirir uma série de novas competências, que lhe permitam adaptar-se a esta situação. Esta condição, implica por vezes adaptações significativas às alterações físicas e emocionais decorrentes da doença e dos tratamentos, à perda de autonomia; às alterações na vida social como interrupção da atividade profissional, às dificuldades económicas e alterações de papéis sociais, ao medo da morte e sentimentos de culpa que possam surgir (Barbosa, 2003; Pereira e Lopes, 2005).

Este acontecimento (cancro) afeta o próprio doente, mas também a sua família, e repercute-se em todos os aspetos das suas vidas levando a um conjunto de alterações quer nas rotinas familiares, quer na redistribuição de papéis e no acréscimo de novas responsabilidades e competências (Carneiro et al., 2011).

“ Quando um familiar adoece e é portador de uma doença grave com um desfecho fatal, a família, ao ter conhecimento, reage e passa a atuar atendendo às necessidades do paciente, esquecendo e ignorando muitas vezes os seus próprios problemas, partilhando os mesmos medos e angústias que o doente, ainda que numa outra perspetiva” (Pereira e Lopes, 2005: 84).

Segundo Pereira e Lopes (2005), a pessoa com doença oncológica em fase terminal vê-se confrontada com a necessidade de fazer o luto das suas relações e o luto de si próprio. Neste contexto, e apesar de muitas vezes a pessoa ter consciência da gravidade da situação, como forma de defesa opta, por nega-la ou encobri-la.

“ O doente oncológico terminal experimenta negação, raiva, culpa e perda de controlo. Sente que ninguém o pode ajudar, que está privado do futuro, que os seus objetivos não foram alcançados ou realizados, que as experiências foram abandonadas e que a sua autoestima está ameaçada” (Selfridge, 1990 citado por Pereira e Lopes, 2005: 60).

Estes sentimentos vivenciados pelo doente, mantêm proximidade com os estádios reconhecidos por Kübler-Ross, anteriormente referenciados.

Com o aumento significativo da esperança média de vida nas últimas décadas, aumentaram as doenças oncológicas, mas também o número de doentes com múltiplas

patologias crônicas não oncológicas. Atualmente, mais de 80% da população morre com mais de 65 anos. A maioria destas pessoas não tem uma morte “rápida”, mas uma morte que resulta da consequência do agravamento de múltiplas doenças degenerativas (Pessini e Bertachini, 2005).

Estas patologias, com frequentes períodos de agudização, condicionam sobretudo na sua fase final, a vida do doente e sua família, apresentando um conjunto de problemas que são idênticos aos da doença oncológica, pelo que poderão ter uma abordagem semelhante (Davies e Higginson 2004; Carneiro et al., 2011).

Alguns estudos demonstram que a prevalência de sintomas múltiplos e incapacitantes, na fase final da pessoa com doença crônica não oncológica, parece ser homogênea e sobreponível aos dos doentes com patologia oncológica (Solano et al., 2006).

Neto (2010: 16), acerca das semelhanças entre doentes oncológicos e não oncológicos, acrescenta, “Nos doentes oncológicos, os últimos 3 meses de vida correspondem habitualmente a um período de degradação progressiva marcada, enquanto nos doentes não oncológicos, dada a imprevisibilidade e maior duração da doença, essa degradação se faz com agudizações e de forma mais lenta”.

À semelhança do doente oncológico, o doente com patologia crônica em fase avançada, confronta-se com pensamentos e emoções associadas à incerteza do seu futuro. Muitas vezes depara-se com o medo do sofrimento, da solidão, da morte, medo de passar a depender de outros para realizar atividades que eram realizadas por si, sendo também comum as reações como a raiva e estados depressivos. Soma-se a estes sentimentos as preocupações relacionadas com o seu futuro e da sua família (Moraes, 2009).

“O doente em fase terminal pensa a morte de uma forma singular e diferente em relação ao modo como o fazia antes, enquanto pessoa saudável. O aparecimento e sequente evolução de uma doença incurável fazem sentir a morte como um fato concreto. Além disso, a consciencialização de que a morte está iminente suscita sentimentos e emoções muito fortes, que em nada se parecem com o pensar a morte do outro. As emoções sucedem-se, acrescentando à realidade descrita sentimentos de perda, medo, ansiedade e

incerteza, à medida que todo o processo evolui – o que leva a que a situação do doente em fase terminal seja única e singular” (Pacheco, 2004: 55).

Apesar de cada pessoa encarar a morte de uma forma particular, o medo da dor e do sofrimento é comum a muitos dos doentes em fase terminal, sendo este medo talvez o que mais os atormenta (Pereira e Lopes, 2005; Pacheco, 2004).

A dor e o sofrimento são experiências inerentes a cada um de nós, surgindo de uma forma ou de outra na vida de qualquer pessoa, como consequência da sua fragilidade enquanto ser biológico e da sua sensibilidade enquanto ser psicológico (Pacheco, 2004).

De acordo com a *International Association for the study of Pain* (IASP), a dor “ É uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesões tecidulares reais ou prováveis, ou descrita em função de tais danos”<sup>13</sup>.

Para Pacheco (2004: 61), “ A dor é uma sensação física desagradável, regra geral localizável e normalmente decorrente de uma lesão orgânica ou de uma alteração funcional ”. Ainda a este respeito, a autora sublinha que a percepção dolorosa não é exclusivamente fisiológica, sendo também percebida em função da personalidade, de fatores culturais, do significado que lhe é atribuído, das vivências anteriores, entre outros fatores (Pacheco, 2004). Machado (2006: 130), corrobora com a autora, afirmando que, “ A dor é sempre subjetiva. Cada individuo aprende a utilizar este termo por meio das suas experiências”.

Sendo um dos sintomas mais frequentes na pessoa com doença em fase terminal, facilmente se torna o centro da atenção da pessoa, absorvendo toda a sua energia, levando a que a pessoa deixe de ser ela própria para passar a ser apenas a sua dor. É geralmente acompanhada de sofrimento, sendo por vezes difícil separar estes conceitos (Pacheco, 2004).

O sofrimento pode ser definido como um sentimento generalizado, que na maioria das vezes surge relacionado com fatores de natureza psicológica (Pacheco, 2004).

Acerca deste conceito, Barbosa (2003: 44), enfatiza que, “ O sofrimento não é um sintoma nem um diagnóstico, mas uma experiência humana muito complexa”. Por sua

---

<sup>13</sup>International Association for the study of Pain. [http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain\\_Definitions#Pain](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions#Pain). [12 de Fevereiro de 2012]. Tradução da citação da nossa responsabilidade.

vez, Pessini (1996), refere-se ao sofrimento, como sendo uma experiência de impotência com o prospecto de dor não aliviada, situação de doença que leva a pessoa a interpretar a vida vazia de sentido. “ A dor pode ser geradora de sofrimento e este pode, por sua vez, levar ao aparecimento de dor, uma vez que na unidade integral que a pessoa constitui é impossível separar a dimensão física da psicológica” (Pacheco, 2004: 62).

Quando estamos perante pessoas com doença em fase terminal, a distinção entre dor e sofrimento, tem um grande significado. Um dos principais problemas em negligenciar esta distinção, é a tendência dos tratamentos se concentrarem apenas nos sintomas físicos, como se estes fossem, a única fonte de angústia para a pessoa doente. (Pessini, 1996).

Ferrel e Coyle (2008), enaltecem o papel privilegiado dos enfermeiros para atender ao sofrimento, salientando que é perante o enfermeiro que a pessoa cuidada, confia e expressa o seu sofrimento.

Durante o nosso percurso profissional no campo específico da enfermagem no serviço de medicina, confrontamo-nos frequentemente, com a necessidade de cuidar de pessoas com doença em fase terminal. A comunicação sendo a âncora do cuidar em enfermagem, adquire maior relevância no cuidado à pessoa em fim de vida. Como refere Henderson (2007), o enfermeiro ajuda as pessoas que cuidam numa função tão complexa, tão individual e tão ligada à personalidade como é a comunicação.

Não obstante, por vezes este processo também é fonte de dificuldades e conflitos intrapessoais e interpessoais. Neste sentido pareceu-nos pertinente centrar o nosso estudo na pessoa com doença em fase terminal, em toda a sua abrangência, oncológica e não oncológica.

Cuidar da pessoa com doença em fase terminal, tem especificidades inerentes às experiências vivenciadas por estes doentes. Em torno deste cuidar, interrogamo-nos constantemente, se a comunicação estabelecida com a pessoa com doença em fase terminal, não é enviesada pelo estigma associado ao cancro, em prol das outras doenças crónicas e progressivas.

As doenças crónicas avançadas não oncológicas, apresentam tal como as oncológicas, complicações que levam os doentes a recorrerem com frequência aos hospitais, onde muitos acabam por morrer. Estes doentes, são muitas vezes submetidos a tratamentos inadequados, por excesso como se a sua condição fosse reversível, ou

pelo contrário, por defeito, abandonados como se nada se pudesse fazer! (Carneiro et al., 2011).

Neste contexto e referenciando Carneiro et al., (2011: 532), “ Diversos estudos concluem que doentes crónicos não oncológicos encontram no seu percurso, o mesmo leque de problemas dos doentes com cancro e que beneficiariam do mesmo tipo de rede de apoio holístico”.



## 2. COMUNICAÇÃO: ASPETOS BÁSICOS

A comunicação é um processo que permite que as pessoas troquem informações sobre elas próprias e sobre tudo o que as rodeia. Essa troca de informações dinâmica e multidirecional ocorre por meio de diferentes canais sensório-perceptuais (visuais, táteis, acústicos, olfativos).

A comunicação é essencial para o estabelecimento de relações entre duas pessoas, e consiste num intercâmbio de informação entre duas ou mais pessoas, estando implícito um processo de interpretação mútua.

De acordo com Stefanelli (2005), a comunicação pode ser entendida como uma troca de mensagens que exercem influências no comportamento das pessoas envolvidas, e é através da habilidade de comunicar que o homem se relaciona e transmite os seus conhecimentos para o mundo.

O processo de comunicação inicia-se sempre em alguém (emissor) com uma necessidade de transmitir ou saber algo ou um conteúdo (mensagem) que precisa ser esclarecido. O emissor sente então uma necessidade de iniciar um contato interpessoal e pensa em como fazê-lo (codificação) e como enviá-lo (canal), a fim de tornar comum o conteúdo da sua informação ou ideia para outra pessoa (recetor). Por sua vez o recetor, reagirá à mensagem recebida apresentando a sua reação (resposta) (Stefanelli, 2005). Pontes et al., (2008) alertam para a importância que o contexto situacional e interpessoal, tem neste processo.

A comunicação interpessoal não se limita a troca de mensagens entre duas ou mais pessoas. Trata-se de um processo complexo, que envolve a percepção, a compreensão e a transmissão de mensagens por parte de cada um dos intervenientes envolvidos na interação, e subjetivo, já que ocorre entre pessoas que têm experiências, interesses e expectativas de vida diferentes, que não se expressam da mesma forma. Ao pensarmos na comunicação interpessoal, torna-se imperativo lembrar que todo o processo de comunicação possui duas dimensões: a verbal e a não-verbal (Araújo, 2009).

Na perspectiva de Broca e Ferreira (2012), a comunicação verbal é a forma através da qual damos ênfase aos nossos sentimentos e emoções. É a forma pela qual, o ser

humano é capaz de criar e desenvolver relações significativas e profundas. De acordo com Santos e Shiratori (2008: 3), a comunicação verbal: “Pode ser entendida como sendo aquela que é transmitida através da linguagem escrita ou falada, por meios de sons e palavras”.

Porém, a comunicação não se refere apenas às palavras, à sua estrutura e sentido, mas também à vertente não-verbal, à linguagem do corpo e ao contexto onde ocorre. Neste sentido, quando as pessoas interagem entre si, a comunicação entre elas não passa somente pelas palavras, mas também pelas mensagens não-verbais que as acompanham, podendo as mesmas constituir só por si, um ato de comunicação eficaz (Pereira, 2008). Para Querido et al., (2010: 468), “A forma como se diz é tão importante como aquilo que se diz”.

Stefanelli (2005) e Phaneuf (2005) corroboram com o anteriormente referido, pois afirmam que a comunicação não-verbal abrange um largo espectro de expressões corporais e de comportamentos que transcendem, acompanham e suportam as relações verbais entre as pessoas, contribuindo para o seu significado.

De acordo com Querido et al., (2010) consideram-se geralmente duas grandes áreas na comunicação não-verbal: a corporal e a paraverbal ou da paralinguagem. A corporal é referente à comunicação com o corpo e engloba a expressão facial, contato visual, a postura e movimentos corporais, o contato físico e o toque. A paraverbal é referente à utilização da voz e da vocalização, e engloba a qualidade da voz e segregados vocais.

De acordo com Santos e Shiratori (2008: 4) a linguagem do corpo ou cinésica, “descreve as posições e a movimentação do corpo humano que possui significado na comunicação interpessoal, nas diferentes culturas”. A mesma engloba:

- **Expressão Facial**

O rosto é a área do corpo de maior importância na comunicação, pois é nele que se encontram os elementos corporais com maior expressão, nomeadamente os olhos, a boca, a testa, as sobrancelhas, as pálpebras o nariz e os músculos faciais (Pereira, 2008). Segundo (Querido et al., 2010: 470), “A expressão facial juntamente com o contato visual, poderão ser considerados os dois aspetos mais fortes da comunicação não-verbal”.

- **Contato visual**

Os olhos são considerados os “espelhos da alma”, já que deixam transparecer os nossos sentimentos. O modo, a direção e a duração do olhar, transmitem as intenções das pessoas e as suas emoções, de alegria, de cólera, de ameaça, de surpresa, de tristeza, de medo, de desejo, etc. (Pereira, 2008).

- **Postura e movimentos corporais**

A postura sendo por vezes um sinal involuntário, pode contudo participar no processo de comunicação e revelar atitudes interpessoais. Uma postura adequada promove a comunicação, assim como uma mudança repentina e inesperada da postura perturba a interação (Querido et al., 2010). Os gestos são também fundamentais, pois servem para ilustrar o que a pessoa sente, auxiliando a comunicação verbal e por vezes até substituindo.

- **Contato físico e toque**

São dos aspetos a realçar na comunicação não-verbal, pois constituem uma fonte de informação acerca do modo como as pessoas se relacionam entre si, sendo indicador do grau de proximidade existente entre ambas. Segundo Silva (2005) a linguagem proxémica, estuda os espaços interpessoais, a distância mantida entre os participantes de uma interação. Essas distâncias (estudadas por Edward Hall's)<sup>14</sup>, de acordo com Querido et al., (2010), variam do seguinte modo:

- Espaço íntimo – prolonga-se até 40 centímetros em torno da pessoa e é partilhado com quem se tem uma relação de proximidade.
- Espaço interpessoal - vai dos 40 cm até 1 metro e é o espaço que habitualmente existe na maioria das conversas, pois permite manter alguma proximidade sem contudo invadir a intimidade.
- Espaço social - varia dos 2 aos 3 metros, sendo a distância mantida nos relacionamentos mais formais.
- Espaço público – a distância mantida entre os envolvidos no processo de comunicação é superior a 4 metros, como acontece de forma geral nos discursos e nas palestras.

---

<sup>14</sup> Para explorar com mais profundidade a Teoria da Proxémica de *Edward Hall*, cf. (*The Hidden Dimension*, 1966).

Não obstante, estas distâncias podem variar de cultura para cultura e de pessoa para pessoa, de acordo com a personalidade e auto-percepção do estatuto, e do papel que desempenham (Pereira, 2008).

Na perspectiva de Silva (2005), a linguagem tacética estuda o toque, não somente como um instrumento de sensação, mas também como expressão de afetividade. O toque pressupõe veicular uma mensagem sobre o relacionamento, apesar das ambiguidades sempre possíveis.

Neste âmbito, há que diferenciar os vários tipos de toque: o puramente técnico que é frequente numa consulta médica, o afetuoso e empático que serve para reforçar uma relação de proximidade entre doente-profissional de saúde, e o reconfortante que ocorre no espaço íntimo, nomeadamente em momentos de maior emoção. (Querido et al., 2010).

A paralinguagem ou paravebral estuda o tom da voz, a qualidade da articulação e dá ênfase aos fatores rítmicos que contribuem para o fluxo da fala, como as pausas e os grunhidos que utilizamos ao falar, ajudando a transmitir a emoção do emissor (Santos e Shiratori, 2008).

Face ao exposto, sendo a comunicação um instrumento básico e elementar dos cuidados de enfermagem, é fundamental que os enfermeiros estejam familiarizados com estes pressupostos, já que todas as manifestações evidenciadas pela comunicação verbal e pelo comportamento não-verbal do doente, são reveladoras da sua individualidade.

## ***2.1. A Comunicação na Relação Enfermeiro/Doente***

A comunicação representa a essência da relação enfermeiro/doente. É o suporte de todas as ações no processo de cuidar, sendo por isso importante que os enfermeiros aprendam, desenvolvam e implementem nas suas práticas, perícias comunicacionais.

Está presente e prevalece em todos os atos da vida do ser humano, sendo considerada como uma dimensão de grande relevância no contexto da vida social. “É um processo dinâmico e aberto onde tudo o que faz parte da situação, tudo o que está em contacto com o doente é importante e transmite uma mensagem” (Pereira, 2008: 17).

De acordo com a mesma autora “O desenvolvimento de competências comunicacionais está hoje em dia amplamente reconhecido como um objetivo essencial da prática e da formação em saúde” (Pereira, 2008: 49).

Na perspectiva dos autores, Bertone et al., (2007) a comunicação deve fazer parte fundamental do exercício profissional do enfermeiro, para que estes possam garantir o êxito dos procedimentos técnicos e relacionais, que competem para uma melhor qualidade de vida da pessoa, que necessita dos cuidados de enfermagem.

“A comunicação no cuidar é holística, considera a pessoa como um todo, evidencia respeito pelo cliente como pessoa e não como um corpo que é alvo de intervenções de enfermagem” (Riley, 2004: 17).

O enfermeiro, ao cuidar de um doente, deve ter presente que a comunicação é o instrumento básico da sua profissão, devendo desenvolver durante esse processo a comunicação verbal, mas também a não-verbal (Moraes, 2009).

A competência do enfermeiro em comunicar verbalmente com a pessoa doente está presente em várias dimensões dos cuidados. Para Phaneuf (2005) a comunicação verbal, é uma ferramenta de relação. Contudo, o contexto por vezes difícil no qual se estabelece o processo comunicativo entre enfermeiro/pessoa doente, acarreta algumas exigências. De acordo com Phaneuf (2005), quando o enfermeiro se encontra em interação com a pessoa doente, deve procurar exprimir-se de forma a ser compreendido.

Nesse sentido, a sua maneira de exprimir-se deve ser:

- **Simples**, de modo a que os termos usados sejam de fácil compreensão pela pessoa, Para o doente nos compreender, temos de nos tornar compreensíveis;
- **Clara**, dando todas as explicações necessárias de forma a evitar confusões, nomeadamente interpretações erróneas de conceitos;
- **Breve**, concisa e em ligação com a temática a explorar, para que a pessoa consiga acompanhar, e não se perca numa comunicação que foca vários assuntos concomitantemente;
- **Apropriada ao tempo e às circunstâncias**, pelo que o enfermeiro deve procurar o momento adequado para a pessoa, de modo a poder comunicar a informação necessária;

- **Adaptável às reações da pessoa doente**, o enfermeiro deve estar preparado para diversos comportamentos e estados de espírito.

Não obstante, o enfermeiro durante o processo de comunicação com o doente, é constantemente confrontado com várias interferências externas e internas.

De acordo com a mesma autora, as interferências externas associam-se a interrupções causadas pelo telefone, pelas visitas, pelas campanhas, pelas interpelações dos outros profissionais, pelo som proveniente de rádios e televisões, e dos alarmes de aparelhos de monitorização. Tudo que seja perceptível de causar algum tipo de desconforto para o enfermeiro ou para o doente, pode perturbar a comunicação, como é o caso do excesso ou falta de luz, de alterações significativas da temperatura, a cor das paredes ou mesmo o próprio equipamento de proteção individual, como a máscara e as luvas.

Existem também interferências internas, que estão associadas a processos patológicos como a dispneia e a sonolência, e a défices físicos como a diminuição da acuidade visual e auditiva. “ Mas são as manifestações nociceptivas que interferem mais nas relações da enfermeira com o doente. Quando uma pessoa está em sofrimento, é difícil comunicar com ela, se não for para ouvir a sua queixa e reconforta-la” (Phaneuf, 2005: 84).

Riley (2004) refere que a comunicação pode ter um caráter ambíguo, pode promover o desenvolvimento de uma relação terapêutica, ou pelo contrário contribuir para a criação de obstáculos. Neste sentido, além das interferências referidas anteriormente, outros fatores podem ser fonte de obstáculos no processo de comunicação entre enfermeiro/doente, como os valores, a religião e a cultura. As opiniões pré concebidas, a tendência para rotular as pessoas e estereótipos, são também fatores passíveis de perturbar a comunicação. Não obstante, compete aos enfermeiros enquanto profissionais de saúde, respeitar a pessoa doente, independentemente das suas opções, crenças ou ideais, e utilizar as suas competências em comunicação para torná-la o mais eficiente possível.

O cuidar em enfermagem procede de um encontro entre duas ou mais pessoas, em que cada uma detém elementos no processo de cuidados. É um processo que envolve dois pólos: o do enfermeiro enquanto prestador de cuidados, e o da pessoa cuidada. Ambos podem influenciar-se mutuamente, mas o nosso (enfermeiros) está sob o nosso

controle, e não devemos nunca presumir a influência que exercemos sobre o outro. Só a reação da pessoa cuidada, nos pode informar sobre o significado que atribui à mensagem, e só a nossa reação pode dar-lhe a entender que nós compreendemos o que ela nos diz e sente. Como refere Pontes et al., (2008: 316) “ A comunicação é um ato criativo; não existe apenas um agente emissor ou recetor, mas uma troca entre as pessoas que formam um sistema de interação e reação, isto é, um processo recíproco que provoca mudanças na forma de sentir, pensar e atuar dos envolvidos”.

Para Santos e Shiratori (2008), a necessidade que o enfermeiro tem de compreender a expressão não-verbal emitida pelo doente, reforça a sua aproximação junto deste. É através desta aproximação, que o enfermeiro consegue identificar as necessidades do doente e dessa forma elaborar um plano terapêutico.

De acordo com Collière (1999: 246), a comunicação não-verbal: “ é a capacidade de descobrir toda a multiplicidade de pequenos sinais que uma pessoa transmite pelo olhar, pelo *fácies*, o penteado, o traje, a postura, bem como os sinais provenientes do seu meio social, do espaço em que se situa”. Estes sinais, comunicam-nos uma série de informações, através das quais um doente nos fala de si próprio.

De acordo com Silva (2005), o enfermeiro ao cuidar do doente, deve prestar atenção às diferentes formas de comunicação não-verbal (cinésica, proxêmica, tacética e paravebral) que são expressas pelo doente, e que refletem reações que deve aprender a reconhecer, devendo também ter em atenção a sua própria expressão da linguagem não-verbal.

O olhar atento do enfermeiro é o indício de uma comunicação sincera. Ao manter o contato através do olhar, o enfermeiro transmite a mensagem silenciosa de que se preocupa com o que a pessoa está a dizer, mas também com o que esta a sentir (Araújo e Silva, 2007). Preocupa-se com a pessoa enquanto ser humano, com sentimentos e emoções e não somente com um sintoma isolado.

Contrapondo os autores, Machado (2006), alerta para o fato de que o olhar do enfermeiro por vezes torna-se vazio e distante, referenciando que a pessoa cuidada não se sente “olhada” em situações que lhe são privadas, marcando de forma negativa a relação entre ambos. Enquanto profissionais de saúde, os enfermeiros estão treinados a observar a pessoa, contudo esquecem-se que também são foco da sua atenção.

Não obstante, e de acordo com Phaneuf (2005), é necessário reconhecer que sentimentos como a alegria, a raiva, a revolta, a pena que lemos nos olhos dos outros, não são transmitidos apenas pelo olhar, mas também pela expressão facial. “ O contato visual e o sorriso são sinais faciais que denotam interesse e são, portanto facilitadores da interação com os pacientes” (Araújo e Silva, 2012: 631).

Outro dos sentidos, que desempenha um papel importante na comunicação é a audição, não na sua função meramente fisiológica – ouvir - mas na sua função de caráter psicológico – a escuta. Uma escuta eficaz não se resume apenas ao ouvir, exige disponibilidade, interesse, interpretação adequada das palavras e observação da linguagem corporal da pessoa doente (Pereira, 2008).

Uma boa escuta pressupõe que o enfermeiro esteja atento à pessoa, calando os seus próprios pensamentos e emoções. Permanecer em silêncio, respeitá-lo, compreender que é aceitável não ter respostas, são componentes a valorizar na comunicação. “ Às vezes, a pessoa não consegue pôr em palavras seus sentimentos, seu sofrimento ou preocupação” (Stefanelli, 2005: 82). Enquanto elemento da comunicação, o silêncio transmite significados diversos, que o enfermeiro deve ter presente, perante o doente. Hesitação, ansiedade, medo da relação, tristeza, são sentimentos que podem ser manifestados desse modo. O enfermeiro deve procurar centrar a sua atenção na pessoa doente e tentar compreender a razão do seu silêncio. A pessoa ao sentir-se compreendido e respeitada, tende a sentir-se mais confiante e a partilhar os seus sentimentos (Stefanelli, 2005).

Quando um enfermeiro ou doente fala, as palavras não são as únicas a transmitir a mensagem. O tom de voz, a ênfase dada a determinadas palavras, traduz reações e emoções. “Ela deve fazer-se doce, calma e respeitosa com a pessoa triste, angustiada ou em sofrimento, mas deve manter-se colocada, calma, firme e mesmo afirmativa com a pessoa frustrada e agressiva” (Phaneuf, 2005: 40).

Também a voz do doente é um indicador rico de significados, que varia de acordo com o seu estado. Uma voz arrastada e monótona caracteriza a pessoa triste, depressiva contrastando com a voz intensa e forte, que é sinal de segurança. A estes comportamentos não-verbais, podemos juntar os ruídos e os suspiros muitas vezes emitidos pelo doente, e que frequentemente nos indicam estados de espírito. “Os



gemidos são, por outro lado, mais explícitos: traduzem um sofrimento intenso” (Phaneuf, 2005:78).

O enfermeiro no exercício da sua atividade, esta constantemente em contato com a pessoa cuidada. Quando nesse contexto, invade o espaço pessoal do doente, aproximando-se demasiado dele, pode produzir no mesmo uma ambiguidade de sentimentos. Phaneuf (2005), refere que não há regras de ouro e que a distância a procurar pode variar, de acordo com a pessoa doente que está à nossa frente.

No estudo realizado por Santos e Shiratori (2008), os autores referem que a questão da proxémica, ou seja, a aproximação dos corpos que participam numa relação interpessoal, destacou-se como sendo a principal influência que a comunicação não-verbal pode ocasionar durante os cuidados de enfermagem.

O toque é também um comportamento não-verbal com um significado muito importante, transmitindo por vezes mais sentido às nossas mensagens do que as simples palavras. Para Ribeiro (2003), citado por Pereira (2008: 64), “ A reação ao toque é subjetiva (agradável ou desagradável, calorosa ou irritante), sendo determinada pela atitude recetiva ou relutante de quem é tocado”.

Neste âmbito, é importante que o enfermeiro se mantenha atento às reações da pessoa, e ajuste o seu comportamento em função da mesma. Como nos refere Phaneuf (2005), a observação demonstra que as pessoas que se recusam ser tocadas, fazem-no essencialmente por uma reação de surpresa ou desconfiança. Por vezes é suficiente que o enfermeiro lhes questione se lhes pode segurar a mão!

Apesar da sua importância, atualmente, nos hospitais os doentes raramente são “tocados” afetivamente. São alvo de cuidados técnicos, mas não há duvida que ser tocado é uma necessidade fisiológica, neurológica e psicológica. O toque é uma forma de comunicar ao doente que não está sozinho (Silva, 2003).

Para Phaneuf (2005), alguns enfermeiros sentem-se à vontade com o tocar, enquanto outros preferem não tocar nem ser tocados, pelas pessoas que estão a cuidar. O enfermeiro que experimenta esta dificuldade em efetuar este gesto de abertura, deve procurar a razão desse desconforto. É constrangimento? Timidez? Medo do outro, medo de se envolver?

Face ao exposto, não há duvidas que os comportamentos não-verbais são mais facilmente retidos do que as palavras, adquirindo uma importância significativa na

comunicação interpessoal. Mehrabian (1996), citado por Phaneuf (2005), relata que, somente 7% das nossas comunicações são traduzidas em palavras, 38% são pelas características da voz e 55% pelo resto do corpo. O enfermeiro quando cuida do doente deve estar consciente deste fenômeno e interrogar-se sobre o seu comportamento, perante o doente. Será que exprime sinceramente aquilo que sente? O seu comportamento não-verbal reflete as suas palavras?

É a concordância entre o verbal e o não-verbal, necessária à comunicação, que faz o apelo a autenticidade. “A pessoa autêntica é aquela que não procura enganar, que se apresenta sem a máscara da correção social, sem a proteção da carapaça profissional, quer dizer tal como ela é. Ela exprime nas suas palavras e nas suas atitudes a harmonia dos seus pensamentos, das suas emoções e dos seus desejos” (Phaneuf, 2005: 92).

Para Riley (2004), autenticidade e congruência são dois termos, usados como sinónimos de ser genuíno, e que são a base para uma melhor comunicação. Uma das características fundamentais de se ser genuíno, consiste na expressão, verbal e não-verbal, de sentimentos e pensamentos verdadeiros. “ Não é só o que se diz ou como se diz, mas também a expressão facial e a postura caracterizam a autenticidade” (Riley, 2004: 121).

Os enfermeiros enquanto profissionais de saúde, devem decidir se devem partilhar de forma genuína ou esconder os seus pensamentos e sentimentos, do doente que cuidam. Nesse sentido, devem ter presente que ser autêntico significa ser livre de compromissos relativamente ao papel (profissionais de saúde), e não se esconderem atrás da sua fachada. Para Riley (2004), ser simultaneamente pessoa e enfermeiro envolve espontaneidade, pelo que o enfermeiro não pode pesar cada palavra que diz ou falar segundo guiões que dão a impressão de rigidez e despersonalização.

A autora, também salienta a importância da assertividade, referindo que a mesma é a chave para uma relação bem-sucedida, entre enfermeiro e doente. Comunicar assertivamente é ser competente nas diversas estratégias de comunicação de modo a expressar os seus pensamentos e sentimentos, protegendo em simultâneo os seus direitos e os dos outros; é ter atitude positiva perante a comunicação direta e franca; é sentir-se confortável e seguro relativamente a seguir uma conduta, respeitando-se a si e aos outros (Riley, 2004).

De acordo com o contexto referido, é urgente que os enfermeiros invistam na comunicação e no relacionamento interpessoal. Para quem cuida de pessoas doentes e, mais especificamente, daqueles que vivenciam a ameaça da morte anunciada, é necessário aprender, treinar para se saber quando e o que falar, como demonstrar compreensão, aceitação e afeto, como calar e escutar, como estar presente e acessível às necessidades do outro.

## ***2.2. A Comunicação Enfermeiro /Pessoa com Doença em Fase Terminal.***

O enfermeiro tem um papel fundamental junto da pessoa com doença em fase terminal, na medida em que como já referenciado anteriormente, é o profissional de saúde que está mais próximo dele e da sua família, e que os pode acompanhar numa fase tão difícil como é o término de uma vida.

Porém, mesmo compreendendo que os cuidados devem ser mantidos enquanto existir vida, muitos dos enfermeiros sentem dificuldade em lidar tão perto com o morrer e, sobretudo, em comunicar quer com o doente, quer com a família (Pacheco, 2004).

Não obstante, Saraiva (2003) refere, que dado o crescente aumento de pessoas com doenças em fase terminal e do seu tratamento generalizado em todas as instituições hospitalares, o processo de comunicação neste contexto tem sido alvo de reflexão e análise dos profissionais de saúde.

A nível internacional, existem inúmeras investigações que abordam a comunicação na fase terminal. Apesar da sua importância, grande parte desses estudos aborda a comunicação de modo reducionista, caracterizando-a como sinónimo de informação sobre o diagnóstico e prognóstico e /ou comunicação da más notícias (Araújo e Silva, 2012; Melloy et al., 2010).

Ainda de acordo com Araújo e Silva (2012), os estudos que abordam a comunicação como um processo amplo, e uma ferramenta essencial na relação entre o doente e o profissional de saúde, caracterizando-a como essencial no cuidado à pessoa em fim de vida, destacam-se os que propõem formação na área da comunicação, de modo a melhorar as suas competências comunicacionais.

É no entanto importante salientar, que muitos profissionais de saúde que cuidam de pessoas que vivenciam o fim da vida, consideram a comunicação um ponto nevrálgico na sua atividade, referindo que não receberam formação nem suporte emocional para atender a pessoa no contexto terminal (Saraiva, 2003; Araújo e Silva, 2012).

O diálogo, a atenção e o acompanhamento assumem grande relevo quando a pessoa se encontra em fase terminal. Neste sentido, a atuação do enfermeiro deve ser, cuidar do doente, o que neste caso para além do alívio dos sintomas, deve consistir essencialmente numa verdadeira relação de ajuda.

“ A relação de ajuda consiste em estabelecer e manter uma comunicação terapêutica interpessoal, num clima de confiança que permita o apoio e ajuda a quem deles necessita” (Pacheco, 2004: 129).

Phaneuf (2005) sublinha, que a relação de ajuda supõe uma verdadeira relação entre as pessoas envolvidas, na qual há a ideia de comunicação profunda, poderia quase dizer-se de partilha, de comunicação direcionada para objetivos. “ É graças a esta relação que a pessoa se sente escutada e compreendida, que se torna importante aos olhos de alguém e que encontra nesta atenção do outro a força para viver a sua dificuldade, para aceitá-la e mesmo para mudar” (Phaneuf, 2005: 322).

Este tipo de relação implica, uma aceitação incondicional, isto é, uma aceitação da pessoa doente que necessita de ajuda independentemente das suas ideologias ou convicções, exigindo que o enfermeiro se foque na pessoa que lhe comunica o seu sofrimento, e no significado que tem para ela tudo o que lhe esta a acontecer. Mais do que em qualquer outra circunstância, a ajuda do enfermeiro à pessoa com doença terminal deve basear-se numa verdadeira escuta – e não num simples ouvir – na empatia - e não apenas na simpatia – na congruência - e nunca na falta de autenticidade (Pacheco, 2004).

A empatia, é um requisito essencial na atividade do enfermeiro. É através da empatia que o enfermeiro pode ajudar a pessoa a compreender e a lidar melhor com a sua doença. Enquanto componente importante na relação de ajuda, a empatia significa ser capaz de compreender o outro, de se colocar no seu lugar, de demonstrar compreensão perante os seus sentimentos e de se envolver, reconhecendo no entanto, que a vivência é da outra pessoa e não sua (McCabe, 2004).

Contudo, a empatia não se restringe somente às palavras, sendo importante relembrar mais uma vez que não só a voz fala, mas também os gestos, os olhos, o silêncio, o apertar a mão com ternura. A presença compassiva, mesmo que silenciosa, e a companhia que consola e conforta são formas subtis, mas de extrema importância que parecem demonstrar à pessoa com doença terminal o quanto ela é importante (Braga et al., 2010).

Envolta no seu sofrimento, a pessoa com doença em fase terminal tem muitas vezes necessidade de compreensão, vontade de partilhar e de ser confortada. O enfermeiro na relação com a pessoa, deve ser capaz de penetrar no mundo dela, adotar o seu ponto de vista, perceber o que ela sente, captar o impacto que este processo e a aproximação da morte têm para ela, mantendo no entanto a separação entre o “eu” e o “outro” (Pacheco, 2004).

Contudo, e referenciado Saraiva (2003), neste processo de comunicação, os enfermeiros vivenciam reações emocionais que se integram basicamente no tipo de reação de espelho-identificação, já que também eles se revêm nos doentes. Neste contexto, Pacheco (2004: 132), salienta, “Uma grande implicação emotiva pode levar o enfermeiro ao risco de se encontrar com a sua própria vulnerabilidade e de cair, também ele próprio, numa situação de depressão”.

Importa, assim salientar que a grandeza dos cuidados de enfermagem encontra-se na relação que os mesmos estabelecem com a pessoa doente. Esta relação não deve ser entendida como meramente técnica mas essencialmente uma relação humana que se efetiva através da comunicação. Demonstrar disponibilidade, estar com, permitir que o outro exteriorize os seus sentimentos, faz parte dessa relação.

Este comportamento nem sempre é fácil para o enfermeiro, pois algumas preocupações e medos podem ser expostos, à medida que a pessoa se apercebe que a sua doença está a evoluir para o “fim”. “Questões como «Deus vai-me perdoar?» ou «existe algo depois da morte?» aparecem com frequência” (Forte, 2009: 228).

O enfermeiro, deve encarar e aceitar como normal o fato de não ter respostas para questões tão pessoais e profundas como estas. A autenticidade, implica que o enfermeiro tenha a coragem de também se manter em silêncio quando não sabe o que dizer, ou de confessar com humildade que ele também não tem justificação para muita coisa, e que por isso não conhece a solução de muitos problemas (Pacheco, 2004).

Não obstante, por vezes o próprio doente, não tem vontade de falar, sendo importante não forçar a situação. Nestes momentos a presença, ou simplesmente segurar a mão pode ser muito confortador (Moraes, 2009).

À medida que a doença avança e a morte se aproxima, não são raras as vezes, que a completa preservação da capacidade de comunicação, encontra-se alterada, em função de alterações do nível de consciência devido à terapêutica, ou mesmo por complicações da própria doença, ou até por artefactos, como máscaras de oxigénio. Mesmo quando não é possível à pessoa doente verbalizar os seus sentimentos, ela demonstra de forma não-verbal e fisiológica, o seu sofrimento e ansiedade (Araújo, 2009).

Neste contexto, parece-nos também oportuno, salientar a importância do olhar enquanto um dos principais elementos da comunicação. É o olhar com atenção, que o enfermeiro pode perceber muito do que se passa com a pessoa doente, detetando muito do que a pessoa não quer ou não consegue transmitir pelas palavras (Ferreira, 2006).

Ainda a respeito da vontade do doente falar ou não falar, deve-se deixar que a pessoa tome iniciativa, e uma vez expressos os seus receios e interrogações, nunca fugir ao assunto ou desviar a conversa para outro sentido. Deve ser dado espaço à pessoa para falar sobre a sua vida, a sua história, as suas realizações, os seus interesses, as pessoas da sua vida, os seus arrependimentos e as suas esperanças (Huffman e Stern, 2003).

Não são raras as vezes, que os enfermeiros são confrontados com o medo e a angústia dos doentes na tentativa de obterem respostas, e algum alívio para o seu sofrimento.

No que diz respeito à informação, parece-nos consensual que os enfermeiros de uma forma geral, defendam que a mesma deva ser acessível, clara, e adaptável à pessoa e ao contexto. Contudo, e de acordo com Saraiva (2003), a questão da informação no domínio das competências dos enfermeiros reveste-se de algumas especificidades, que se evidenciam no contexto de fim de vida.

A informação do âmbito funcional, sobretudo relacionada com orgânica e funcionamento do serviço, é facilmente facilitada pelos enfermeiros. Já a informação técnica, referente ao diagnóstico e prognóstico da pessoa doente, não faz parte das responsabilidades jurídico-legais destes profissionais. Não obstante, os enfermeiros reconhecem que os doentes estão pouco ou mal informados, e que isso leva por vezes os doentes a questioná-los, na tentativa de obter mais informações (Saraiva, 2003).

Um estudo multicêntrico<sup>15</sup> realizado com 2331 doentes, demonstrou que a maioria dos doentes, quer receber informações relativas à sua doença. O mesmo estudo, salienta ainda que os profissionais de saúde não devem reter a verdade sobre o diagnóstico, alegando para o efeito, que o doente prefere não saber.

A dificuldade, de revelar a verdade à pessoa com doença em fase terminal, conduz também a um sentimento de impotência por parte do enfermeiro, levando-o a adotar comportamentos de omissão e evitamento face as questões do doente (Saraiva, 2003).

Não obstante, cada pessoa tem diferentes necessidades de informação, sendo difícil por vezes para o enfermeiro, saber qual a verdade a comunicar. Acerca deste conceito, Forte (2009: 230), salienta “ A verdade é como um remédio: Há dose, via e hora para ser administrada. Nos cuidados a pacientes graves, saber como administrar as doses de verdade é saber comunicar. E para saber qual a dose de que seu paciente precisa é necessário entendê-lo como uma pessoa que tem medos, gostos e história”.

Neste contexto, não é congruente dizer ao doente, “não se preocupe, isto não é nada”, “isto vai passar”. Este tipo de abordagem, muitas vezes não corresponde aquilo que o doente sente, desencorajando o mesmo a exprimir o que está sentindo. Expressões do tipo, “ o que é que o está a preocupar?” ou “ deve ser muito difícil enfrentar tudo isto”. Como é que se sente perante esta situação? Ou mesmo “é normal que se sinta assim”, demonstram interesse e compreensão com os seus pensamentos e sentimentos (Forte, 2009; Moraes, 2009).

Acerca deste tipo de abordagem, Araújo (2009) salienta que a pessoa com doença em fase terminal sabe no seu íntimo, o que está acontecer com ela, percebendo a sua finitude. Evitar conversar com ela sobre a sua condição ou fingir que nada está acontecer pode criar uma situação designada por “conspiração de silêncio”.

Os profissionais e familiares evitam falar sobre a doença e a morte, no intuito de poupar o doente do sofrimento, por sua vez o doente, visando proteger os seus entes queridos, também evita abordar o assunto. Neste contexto, citando Araújo (2009: 217) “ cria-se uma espécie de isolamento emocional, de um lado o paciente e de outro a família, todos com sentimentos, dúvidas e anseios semelhantes, mas não compartilhados”.

---

<sup>15</sup> Para consultar o estudo, cf. Jenkins, V et al. Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres. *British Journal of Cancer*. 84(1), 2001:48-51.

É pois, compreensível que muitas das necessidades relativas à informação, sejam também partilhadas pela família. A família tem um papel fundamental na vida de qualquer pessoa, facto que assume maior importância no contexto de um processo terminal. “É a família que sempre conviveu com o doente, que melhor o conhece como pessoa e que representa o mais evidente traço de união entre o doente e toda a vida que passou, com alegrias, tristezas, emoções e recordações” (Pacheco, 2004: 135). É pois primordial envolver a família, enfatizando a importância da sua presença junto do doente, se for vontade do mesmo.

Não obstante, o enfermeiro deve ter presente que também para os familiares todo este processo é doloroso. A perspectiva de morte próxima de uma pessoa querida causa normalmente muito sofrimento aos familiares, que pode ser agravada pelo medo e desconforto que inspira algumas doenças. É o caso do estigma associado ao cancro, a dificuldade de suportar a degradação física do doente, muitas vezes presente nas doenças crónicas não oncológicas e por vezes exacerbada pelas comorbidades que estes doentes apresentam, o sentimento de impotência perante a sua crescente debilidade e o sofrimento físico e moral (Pacheco, 2004).

O enfermeiro como profissional que está mais tempo com o doente, conhece-o e sabe as suas necessidades. Por outro lado, é também normalmente o profissional de saúde, mais solicitado pela família, quando se trata de colocar questões, pedir orientações e apoio emocional. Neste contexto, e referenciando Pacheco (2004), o enfermeiro está, pois, numa posição que lhe permite apoiar quer o doente, quer os familiares, e facilitar as relações entre ambos, ajudando-os no que diz respeito a formas de comunicar e estar com o doente.

A comunicação implica a adaptação a uma realidade em constante transformação com avanços e retrocessos que envolvem o doente, família e a equipa de cuidados, capaz de orientar para uma verdadeira relação interpessoal (Querido et al., 2010). Sendo que o valor da comunicação sobressai, quando se reconhece que é a chave para aceder e atender com dignidade todas as dimensões da pessoa doente. Neste contexto, no âmbito dos cuidados à pessoa com doença em fase terminal, entende-se a comunicação com o doente e suas famílias, como uma componente essencial no cuidado (Melloy et al., 2010).



O enfermeiro (a) no serviço de medicina: experiências vivenciadas durante o processo de comunicação com a pessoa com doença em fase terminal e seu significado.

---

## **PARTE II**

---

### **PERCURSO METODOLÓGICO**

## 1. PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

“Uma investigação é, por definição algo que se procura. É um caminhar para um melhor conhecimento e deve ser aceite como tal, com todas as hesitações, desvios e incertezas que isso implica.”

Raymond Quivy (2003:31).

Os enfermeiros ao longo dos últimos anos têm desenvolvido esforços contínuos ao nível da investigação, fundamentando a sua prática em bases científicas, contribuindo desse modo para a valorização da profissão e para a melhoria e procura da excelência dos cuidados.

Para Fortin (1999: 26), “ O objeto de investigação em ciências da enfermagem é o estudo sistemático de fenómenos presentes no domínio dos cuidados de enfermagem, o qual conduz à descoberta e ao desenvolvimento de saberes próprios da disciplina”.

O aumento da esperança média de vida tem vindo a conduzir ao aumento significativo das pessoas com doenças crónicas e progressivas, oncológicas e não oncológicas, e ao seu tratamento generalizado nas instituições hospitalares vocacionadas para o tratamento e para a cura.

A pessoa com doença em fase terminal apresenta, independentemente da natureza do processo mórbido, um leque de necessidades, que os profissionais de saúde e os enfermeiros em particular devem reconhecer, valorizar e atender. “ Por detrás das doenças estão seres humanos que sofrem tanto pelo problema de que sofrem como pelo ostracismo a que se veem condenados” (Barbosa, 2003: 43).

A comunicação, no âmbito dos cuidados de saúde é uma componente vital, inerente e necessária em todas as áreas dos cuidados. A complexidade de cuidar de uma pessoa com doença em fase terminal, enfatiza a necessidade de um envolvimento relacional com a pessoa doente e sua família, o que necessariamente requer o desenvolvimento de perícias de comunicação.

Como já anteriormente referenciado, o enfermeiro pela sua permanência frequente junto da pessoa doente, encontra-se numa posição privilegiada que lhe permite o

envolvimento necessário, para que o processo de comunicação estabelecido com a pessoa tenha um caráter ímpar. O enfermeiro deverá assim, recorrer dessa relação peculiar estabelecida com base na comunicação, para obter um conhecimento profundo da pessoa que tem perante si, a sua história, o seu contexto familiar, os seus valores, as suas crenças e necessidades.

A maioria dos estudos sobre cuidados de enfermagem a pessoas com doença em fase terminal, tem tido como foco principal os doentes oncológicos, não fazendo igual referência aos doentes com doenças crónicas e progressivas não oncológicas, que na sua fase terminal, deverão ter uma atenção semelhante, isto é, adaptada às suas necessidades. De igual forma, os estudos sobre a importância da comunicação nesta fase tão singular da pessoa e sua família, dão sobretudo ênfase, à comunicação da informação e de más notícias.<sup>16</sup>

As reflexões sobre a importância e o significado que os enfermeiros atribuem à comunicação, como parte fundamental do cuidar da pessoa com doença em fase terminal oncológica ou não, sempre nos interessaram.

Obter um conhecimento sobre esta realidade, levaram a que centrássemos o nosso olhar sobre a temática que este projeto encerra, *O enfermeiro (a) no serviço de medicina: experiências vivenciadas durante o processo de comunicação com a pessoa com doença em fase terminal e seu significado*.

Pretendemos com este projeto de investigação atingir os seguintes objetivos:

- ✓ Identificar a importância atribuída pelos enfermeiros, ao processo de comunicação com a pessoa com doença em fase terminal;
- ✓ Descrever os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros durante o processo de comunicação com a pessoa com doença em fase terminal;
- ✓ Identificar quais os componentes da comunicação valorizados pelos enfermeiros, ao cuidar da pessoa com doença em fase terminal;
- ✓ Compreender se o processo de comunicação por parte dos enfermeiros com a pessoa com doença oncológica em fase terminal, difere da pessoa com doença não oncológica em fase terminal.

---

<sup>16</sup> Tendo por base os estudos referenciados no enquadramento teórico deste Trabalho de Projeto.

### ***1.1. Metodologia***

A metodologia é a base de todo o trabalho de investigação, já que todas as opções efetuadas nesta fase, influenciam todo o desenvolvimento do estudo. Neste sentido, para cada investigação deve ser traçada uma metodologia, suscetível de levar à realização dos objetivos e que procure dar respostas às questões da investigação.

De acordo com Fortin (1999) as investigações inserem-se em duas grandes categorias: exploratórias-descritivas ou explicativas-preditivas.

O estudo que delineamos é do tipo exploratório-descritivo, visto ser objeto do mesmo, investigar, explorar e descrever experiências. De acordo com Polit et al., (2004), os estudos descritivos podem ser relevantes para a enfermagem, pois permitem conhecer um determinado fenómeno, antes de elaborar uma intervenção suscetível de melhorar uma situação.

A opção por este tipo de estudo, é fundamentada por ainda desconhecermos muito acerca da realidade vivenciada pelos enfermeiros no que concerne à temática em questão, no âmbito de um serviço de medicina, o que por si só, na nossa opinião justifica a sua pertinência. A partir do conhecimento adquirido, poderemos pensar em novos caminhos se os mesmos se justificarem.

A filosofia subjacente ao paradigma positivista e ao paradigma naturalista estiveram na base dos diferentes métodos de pesquisa<sup>17</sup>: o quantitativo e o qualitativo. A pesquisa quantitativa está sobretudo associada ao paradigma positivista, enquanto, que a qualitativa está frequentemente associada à investigação naturalista. (Polit et al., 2004; Fortin, 2009)

De acordo com Fortin (2009), o investigador que opta pelo método de investigação qualitativo tem como finalidade uma compreensão ampla do fenómeno em estudo. Ele observa, descreve e interpreta o meio e o fenómeno, como este se apresenta, mas não o controla. Polit et al., (2004) acrescentam, que neste tipo de investigação, o investigador tende a centrar-se nos aspetos dinâmicos, holísticos e individuais dos fenómenos, tentando capturá-los em toda a sua totalidade, dentro do contexto dos que os

---

<sup>17</sup> “ Os métodos de pesquisa são as técnicas usadas pelos pesquisadores para estruturar um estudo e para reunir e analisar informações relevantes à questão da pesquisa” (Polit et al., 2004: 29).

experimentam. “Os resultados da pesquisa qualitativa são, tipicamente, baseados nas experiências da vida real de pessoas com conhecimento do fenômeno em primeira mão” (Polit et al., 2004: 30).

Mencionando o contexto específico da investigação em Enfermagem, Latimer (2005: 14), alega que “o foco da investigação qualitativa são acontecimentos e práticas ocorridas “naturalmente”, permitindo, tornar visível aquilo que tão facilmente é marginalizado ou deixado implícito”.

Obter uma visão aprofundada sobre as experiências vivenciadas pelos enfermeiros ao cuidar da pessoa com doença em fase terminal, mais especificamente no que concerne ao processo de comunicação estabelecido, implica o conhecimento da realidade, percepção e experiência individual de cada enfermeiro, no contexto em que o mesmo se encerra.

Neste sentido a opção pelo estudo descritivo-exploratório, enquadrado no paradigma qualitativo, com abordagem fenomenológica<sup>18</sup>, não ocorreu ao acaso, mas tendo presente a natureza do objeto desta investigação.

### ***1.1.1. Questões de investigação***

Os problemas de pesquisa decorrem muitas vezes, da experiência clínica do próprio investigador, pelo que a experiência diária dos enfermeiros proporcionam um rico suprimento de problemas para a investigação (Polit et al., 2004).

De acordo com o tipo de investigação, formular-se-ão questões ou hipóteses. Tendo presente que se trata de uma investigação do tipo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, apenas iremos formular questões de investigação.

A questão central deste trabalho de investigação, por nós colocada é: Quais as experiências vivenciadas pelos enfermeiros (as) do serviço de medicina, durante o processo de comunicação com a pessoa com doença em fase terminal, e seu significado?

Na investigação qualitativa, por norma é formulada uma questão aberta geral que está em relação com o tipo de estudo adotado, e subquestões (Fortin, 2009).

---

<sup>18</sup> “ A fenomenologia estuda a significação das experiências, tais como são vividas e descritas pelas pessoas, numa dada situação” (Fortin, 2009:41).

Neste sentido, as subquestões orientadoras da investigação, são as seguintes:

- Qual a importância atribuída pelos enfermeiros, ao processo de comunicação com a pessoa com doença em fase terminal?
- Quais os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros, durante o processo de comunicação com a pessoa com doença em fase terminal?
- As diversas componentes da comunicação utilizadas pelos enfermeiros, ao cuidar da pessoa com doença em fase terminal, influenciam a sua prática neste domínio?
- A etiologia da doença (oncológica/não oncológica), interfere no processo de comunicação do enfermeiro, com a pessoa com doença em fase terminal?

### ***1.1.2. População em estudo***

É sabido que multiplicou o número de pessoas com patologias crónicas avançadas, progressivas e debilitantes, cujo percurso se pauta por recorrências cada vez mais frequentes, às instituições médicas, nomeadamente em contexto de internamento.

A oferta limitada de cuidados paliativos no nosso país, agrava esta situação, sendo os cuidados assegurados maioritariamente em serviços hospitalares de cariz mais geral. Carneiro et al., (2009) realçam esta situação, ao afirmarem que nos hospitais gerais, essencialmente vocacionados para o tratamento da patologia aguda, é notória a percentagem de doentes admitidos com agudização da doença crónica em fase terminal. Sendo, nos serviços de medicina interna, onde estes doentes frequentemente são internados e acompanhados.

Tendo presente a questão central e a metodologia de investigação, tornou-se fulcral definir a população em estudo. Face ao exposto, e dado os objetivos deste estudo, a nossa opção recaiu nos enfermeiros que exercem funções no departamento de Medicina Interna, que integra o Hospital Pedro Hispano, da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM).

A nossa opção por esta instituição, foi baseada no fato de acreditarmos que o acesso ao meio será facilitado, pois é nela que desenvolvemos a nossa atividade laboral. Concomitantemente, se o estudo assim o justificar, é também o local onde pretendemos difundir os resultados deste estudo, e elaborar um plano de atuação com vista a mudanças e reflexões dos cuidados prestados neste contexto.

De forma a obtermos uma maior diversidade de experiências, englobámos no nosso estudo os enfermeiros dos quatro serviços de Medicina Interna, que possuem características semelhantes quanto à estrutura física e à tipologia dos doentes.

Considerando a importância que o método qualitativo atribui ao saber e às experiências das pessoas selecionadas para o estudo, é importante que os participantes sejam capazes de testemunhar sobre as suas experiências, o que supõe uma motivação para participar no estudo. Neste contexto, não é adequado falarmos de amostras<sup>19</sup> representativas no sentido probabilístico do termo, mas sim de incluir no estudo, tantos participantes quantos os necessários para atingir a saturação dos dados (Fortin, 1999; Streubert e Carpenter, 2002). Este conceito de saturação, é referente “ao momento da colheita de dados a partir do qual o investigador não aprende nada de novo dos participantes ou das situações observadas” (Fortin, 1999: 156).

Neste contexto, serão contemplados todos os enfermeiros dos serviços mencionados, que aceitem participar no estudo.

### ***1.1.3. Instrumento e procedimento na recolha de dados***

Atendendo às características da metodologia utilizada, abordagem qualitativa, procuramos construir e dimensionar um instrumento que nos permita compreender os fenómenos na sua globalidade.

Ao estudarmos as vivências dos enfermeiros no processo de comunicação com a pessoa com doença em fase terminal, refletimos sobre a apropriação do significado da

---

<sup>19</sup> “ A amostragem é o processo de seleção de uma porção da população para representar toda a população. Uma amostra, então, é um subconjunto dessa população” (Polit et al., 2004: 225).

experiência vivida. Este contexto, levou a que privilegiássemos a entrevista como fonte principal de informação.

“ A entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional” (Marconi e Lakatos, 1999: 94).

Como todos os instrumentos de colheita de dados, a entrevista tem vantagens e desvantagens inerentes, não obstante, mesmo conhecedores desses riscos optamos por esta técnica, pois, segundo Fortin (1999: 249), “ permite uma maior eficácia na descoberta de informações sobre temas complexos e carregados de emoção, assim como na análise de sentimentos”.

Para Quivy e Campenhoudt (2003), este instrumento de recolha de dados, aplica os processos fundamentais da comunicação e interação humana que a serem corretamente utilizados, permitem retirar informações e elementos de reflexão muito ricos para o estudo.

Os dois principais tipos de entrevista são a entrevista não dirigida (ou não estruturada), onde o participante controla o conteúdo, e a entrevista dirigida (ou estruturada), onde o conteúdo é controlado pelo investigador. Entre a entrevista não dirigida e a dirigida tem lugar a semidirigida (semi-estruturada), que combina certos aspetos destas, e que é a das três a mais corretamente utilizada (Fortin, 2009; Quivy e Campenhoudt, 2003).

“ A entrevista semidirigida é principalmente utilizada nos estudos qualitativos, quando o investigador quer compreender a significação de um acontecimento ou fenómeno vividos pelos participantes” (Fortin, 2009: 376-377).

Optámos pela entrevista semi-estruturada, pois de encontro ao anteriormente referido, considerámo-la adequada para explorarmos a temática em profundidade, procurando obter dos entrevistados, uma compreensão rica do fenómeno.

Ao utilizar a entrevista semi-estruturada, o investigador determina uma lista de tópicos abordar, formula questões relativas a esses tópicos e apresenta-os pela ordem que julga apropriada (Fortin, 2009; Polit et al., 2004).

Assim, elaboramos um guia de orientação (Ver anexo I – Guião da Entrevista) de forma a garantir que todos os temas chave sejam explorados em cada participante, tendo também presente a preocupação de podermos moldar as perguntas de acordo com o



participante, permitindo assim que o mesmo possa exprimir os seus sentimentos, e as suas opiniões sobre o tema tratado. “ O guião de entrevista facilita a comunicação apresentando de forma lógica as questões que tocam os diferentes aspetos do tema” (Fortin, 2009: 379).

Para a conceção do guião tivemos em atenção as questões de investigação e o objeto central deste estudo. Após a construção, procederemos à sua validação de forma a prevermos a duração média das entrevistas, e a avaliar com clareza a precisão e a pertinência das perguntas. Desse modo, e depois de a informação ser recolhida e ser submetida à apreciação do orientador, analisaremos se o instrumento é adequado ao objetivo para que foi criado, ou se existe necessidade de alterações.

De acordo com Fortin (1999), antes de se proceder à recolha de dados, é necessário atender a algumas diligências, tais como:

- Obter autorização da instituição para realizar o estudo;
- Obter a aprovação da Comissão de Ética de Investigação para a Saúde, da instituição em questão;
- Estabelecer um contato prévio com os participantes antes da entrevista;
- A preparação do responsável da entrevista, que deve estar familiarizado com o conteúdo da mesma, para ser capaz de fazer face às situações imprevistas que poderão surgir, e encontrar os meios de as resolver.

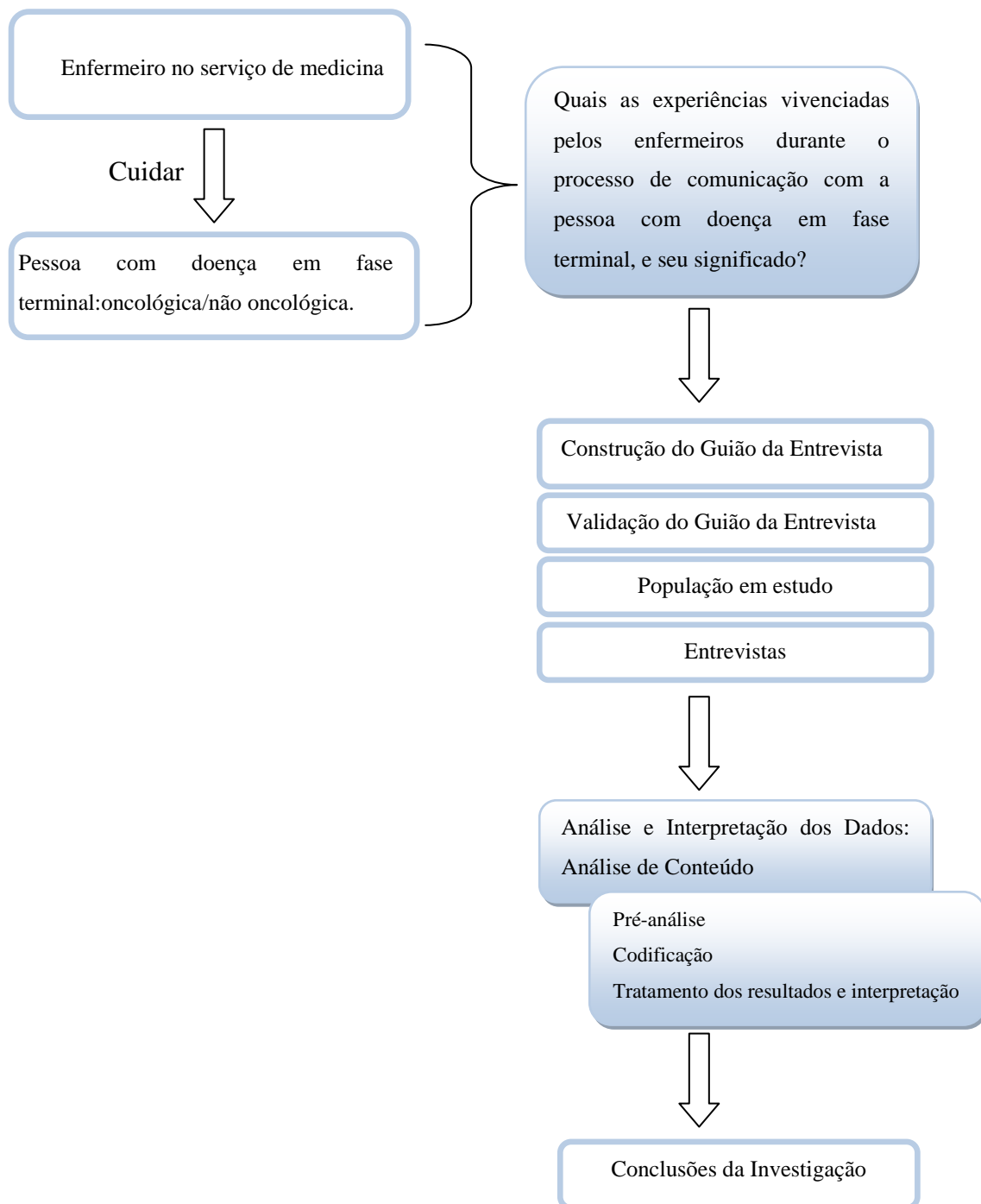
Neste contexto, será formalizado um pedido de autorização para a realização do estudo, ao Conselho de Administração do Hospital em questão (Ver anexo II – Pedido de Autorização para Realização do Estudo).

Após deferido o pedido, serão contactados os enfermeiros participantes do estudo, aos quais será explicado em que consiste a investigação no que concerne aos objetivos do estudo e à importância e necessidade da realização da entrevista.

Segundo Streubert e Carpenter (2002), o investigador deve obter consentimento informado e a participação dos entrevistados deve ser voluntária, devendo também assegurar aos participantes que a confidencialidade e o anonimato serão respeitados. Neste sentido, solicitaremos o consentimento para poder realizar a entrevista (Ver anexo III – Consentimento para a realização da Entrevista), e será comunicado ao enfermeiro que será assegurado o total anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos, sendo também solicitado o consentimento para a gravação da entrevista.

“ A entrevista pode ser relatada por escrito ou registada em fita magnética vídeo ou áudio” Fortin (2009: 379). De forma a obtermos na íntegra o conteúdo da informação e a facilitar a sua total transcrição, para posterior análise, optámos pela gravação da entrevista em áudio, que no final será dada a ouvir ao respetivo entrevistado. Procuraremos que o local onde serão realizadas as entrevistas seja calmo, agradável e garanta a privacidade do enfermeiro entrevistado.

#### ***1.1.4. Procedimento de tratamento e análise de dados***



**Figura 1.** – Modelo de Investigação

Após a recolha de dados é necessário organizar e tratar todo o material. Neste sentido, após a realização das entrevistas procederemos à sua transcrição, e iniciaremos a respetiva análise, através da técnica de análise conteúdo. De acordo com Quivy e Campenhoudt (2003), o lugar ocupado por esta técnica na investigação é cada vez maior, porque a mesma, permite tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e complexidade.

Para Bardin (2009: 40) “ a análise conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. No entanto de acordo com o mesmo autor, isto não é suficiente para definir a especificidade da análise conteúdo, já que a mesma, não pode ser considerada uma técnica meramente descritiva dos conteúdos das mensagens. A análise conteúdo é uma técnica essencialmente inferencial, e é a partir dessas inferências que a informação contida nos diversos discursos dos entrevistados adquire um verdadeiro significado.

Segundo Bardin (2009), esta técnica desenvolve-se em três fases. A pré-análise, a exploração do material, e por fim o tratamento dos resultados e sua interpretação. A pré-análise tem como fim, sintetizar e operacionalizar as ideias iniciais de forma a conduzir a um esquema preciso das operações seguintes. Assim todo o material resultante da transcrição das entrevistas, deve ser lido, relido e organizado de forma a permitir o fácil acesso aos dados. A fase de exploração, consiste essencialmente em explorar o conteúdo organizado e codificá-lo. A codificação é o processo pelo qual os dados em bruto são transformados segundo regras precisas, e agregados em unidades, as quais permitem uma representação do conteúdo (Bardin, 2009).

Assim, a exploração das entrevistas, permite a enunciação das unidades de registo, que segundo Bardin (2009: 130) refere-se “ à unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização (...) ”. Por sua vez, a unidade de contexto, que envolve um segmento da mensagem, (cuja dimensão é superior à das unidades de registo), serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo (Bardin, 2009).

Seguindo esta orientação, e após exploração exaustiva do material, procederemos à identificação das unidades de registo e sua respetiva codificação. Com o intuito de

obtermos uma representação mais simplificada dos dados, procederemos à divisão dos componentes das mensagens analisadas, em categorias.

“ As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos” (Bardin, 2009: 145).

De acordo com Quivy e Campenhoudt (2003) as categorias podem referir-se a situações e contextos, atividades e acontecimentos, relações entre pessoas, comportamentos, opiniões, perspectivas sobre um problema, métodos e estratégias.

Todo este processo, implica a aplicação de técnicas rigorosas que devem ser criteriosamente apresentadas, para que possa ser averiguada a validade e fidelidade de todo o processo. Não obstante, este processo pode ser facilitado, com o auxílio de programas informáticos específicos (Bardin, 2009; Fortin, 2009; Polit et al., 2004; Streubert e Carpenter, 2002).

Neste contexto, após efetuarmos uma pesquisa referente aos programas informáticos para análise conteúdo, no que concerne às suas ferramentas e limites, é nossa pretensão recorrermos ao *software* Nvivo8®, como ferramenta de apoio, para uma melhor organização e acesso aos dados colhidos.

Por fim, na última fase da análise conteúdo, apresentaremos os resultados e efetuaremos a sua respetiva interpretação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A capacidade de o ser humano comunicar é inerente ao seu comportamento. É através da comunicação que as pessoas partilham experiências, pensamentos, valores e sentimentos.

No contexto da relação de ajuda e do cuidar em enfermagem, a comunicação enfermeiro/ doente, surge como uma ferramenta básica.

Muitas pesquisas têm abordado a temática da comunicação com a pessoa com doença em fase terminal, enfatizando particularmente os doentes oncológicos, e a informação do diagnóstico e prognóstico e/ ou comunicação de más notícias. No entanto, pouco se tem investigado no que concerne às vivências dos enfermeiros durante o processo de comunicação com a pessoa com doença em fase terminal oncológica/ não oncológica. O desenvolvimento deste Trabalho de Projeto foi fundamental, para aferirmos um conjunto de considerações relevantes no que concerne a esta temática.

Mediante a nossa pesquisa constatamos que a pessoa com doença em fase terminal, independentemente da etiologia da sua doença, apresenta um conjunto de necessidades que vão muito para além dos aspetos físicos, vivenciando muitas vezes sentimentos de medo, revolta, angústia e solidão. É antes de tudo, uma pessoa que necessita de atenção, sentir-se acompanhada, ser escutada e compreendida.

O cuidar em enfermagem só faz sentido na relação com o outro, e para estar em relação é necessário comunicar. A posição privilegiada que os enfermeiros têm pela sua permanência junto da pessoa doente, permite-lhes o envolvimento necessário para estabelecer uma verdadeira relação de ajuda, que se efetiva pela comunicação verbal e não-verbal, e que lhes permite identificar e atender as necessidades da pessoa com doença em fase terminal no seu todo.

Nesta lógica do cuidar personalizado e globalizado a família não deve ser esquecida, devendo ser envolvida em todo o processo do cuidar; pelo que a comunicação tem de integrar necessariamente a tríade enfermeiro/doente/família.

Contudo como pudemos verificar em alguns estudos, não são raras as vezes que os enfermeiros ao cuidar da pessoa com doença em fase terminal, são também, confrontados com sentimentos contraditórios, o que os leva a adotar atitudes extremas

como de grande distanciamento, tanto emocional quanto físico ou de intenso envolvimento emocional.

Neste sentido, é necessário que os enfermeiros adquiram conhecimentos profundos das suas reações emocionais, dos seus valores e sentimentos em relação à pessoa com doença em fase terminal, e para além disso das suas capacidades comunicativas.

A comunicação com a pessoa com doença em fase terminal, não é um processo simples que se possa basear em regras rígidas, nem um processo fácil, já que acarreta inúmeros sentimentos, mas configura-se como um elemento essencial no cuidado, que quando adequado e adaptado à pessoa doente e sua família, é a chave para alcançar o bem-estar e diminuir o sofrimento de ambos.

Apesar das dificuldades inerentes ao desenvolvimento deste Trabalho de Projeto, quer relativamente à complexidade da temática em estudo, quer às nossas limitações de ordem pessoal, consideramos que com o apoio do nosso orientador, este projeto ao ser concretizado e explorado, poderá dar um importante contributo para melhor conhecer esta realidade, e a partir daí traçar novos caminhos que visem melhorar os cuidados prestados à pessoa com doença em fase terminal e sua família.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Cancer Society “Cancer Facts & Figures 2012”

<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-031941.pdf> [10 de Maio de 2012].

Arantes, A (2009) “Indicações de Cuidados Paliativos” in Carvalho, R; Bartz, C (eds.) *Manual de Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro: Diagramic, 20-36.

Araújo, M (2009) “A comunicação no processo de morrer” in Santos, F (ed.) *Cuidados Paliativos Discutindo a Vida, a Morte e o Morrer*. São Paulo: Atheneu, 209-221.

Araújo, M; Silva, M (2007) “A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo” *Revista Escola Enfermagem USP*. 41(4), 668-674.

Araújo, M; Silva, M (2012) “Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção a pacientes sob cuidados paliativos” *Revista Escola Enfermagem USP*. 46(3), 626-632.

Arrazola, F (2001) “Detección de las Necesidades Sociales en la Terminalidad” in Astudillo, W et al. (eds.) *Necesidades Psicosociales en la Terminalidad*. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 42-69.

Barbosa, A (2003) “Pensar a morte nos cuidados de saúde” *Análise Social*. 38(166), 35-49.

Bardin, L (2009) *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.



Bertone et al. (2007) “Considerações sobre o Relacionamento Interpessoal Enfermeiro-Paciente” <http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/11/19042010141352.pdf> [20 de Setembro de 2011].

Braga et al. (2010) “Cuidados Paliativos: a enfermagem e o doente terminal” *Revista Investigação*. 10(1), 26-31.

Brites et al. (2006) “A pessoa em fim de vida – Refletir para ajudar” *Revista de Enfermagem*. 41, 5-10.

Broca, P; Ferreira, M (2012) “Equipe de Enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem” *Revista Brasileira de Enfermagem*. 65(1), 97-103.

Carneiro et al. (2009) “Qualidade e Satisfação com a Prestação de Cuidados na Patologia Avançada em Medicina Interna” *Arquivos de Medicina*. 23 (3), 95-101.

Carneiro et al. (2011) “Estudo Comparativo dos Cuidados Prestados a Doentes nos Últimos Dias de Vida” *Ata Médica Portuguesa*. 24, 545-554.

Cerqueira, M (2005) *O Cuidador e o Doente Paliativo*. Coimbra: Formasau.

Collière, M (1999) *Promover a vida*. Lidel - Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Davies, E; Higginson, I (2004) “Better Palliative Care for Older People” [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/009/98235/E82933.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/009/98235/E82933.pdf) [10 de Maio de 2012].

Decreto-Lei nº 52/2012. D.R.I Série. 172 (12-09-05) 5119.

Ferreira, M (2006) “A comunicação no cuidado: Uma questão fundamental na enfermagem” *Revista Brasileira de Enfermagem*. 59(3), 327-330.

Ferrel, B; Coyle, N (2008) “The nature of suffering and the goals of nursing” *Oncology Nursing Forum*. 35(2), 241-247.

Figueiredo, R. (2007). *A Pessoa Em Fim de Vida no Hospital: Modelo de Cuidados que Emergem de Documentação de Enfermagem*. Tese de Mestrado, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Forte, D (2009) “Estratégias de Comunicação em Cuidados Paliativos” in Santos, F (ed.) *Cuidados Paliativos Discutindo a Vida, a Morte e o Morrer*. São Paulo: Atheneu, 223-231.

Fortin, M (1999) *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência.

Fortin, M (2009) *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidata.

Gutierrez, P (2001) “O que é o paciente terminal?” *Revista da Associação Médica Brasileira*. 47(2) 85-109.

Henderson, V (2007) *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidata.

Hennezel, M; Leloup, J (1998) *A arte de Morrer*. Lisboa: Editorial Notícias.

Hesbeen, W (2000) *Cuidar no Hospital. Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspetiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Honoré, B (2001) *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.

Huffman, J; Stern, T (2003) “Compassionate Care of the Terminally ill” *Journal Clinical Psychiatry*. 5(3), 131-136.

International Association for the study of Pain.

[http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain\\_Definitions#Pain](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions#Pain). [12 de Fevereiro de 2012].

Jenkins,V et al. (2001) “ Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres” *British Journal of Cancer*. 84(1), 48-51.

Kübler-Ross, E (2005) *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. São Paulo: Martins Fontes.

Latimer, J (2005) *Investigação Qualitativa Avançada para Enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget.

Liga Portuguesa Contra o Cancro

<http://www.ligacontracancro.pt/gca/index.php?id=50> [26 de Julho de 2012]

Machado, A (2006) “Comunicação não-verbal de idosos frente ao processo de dor” *Revista Brasileira de Enfermagem*. 59(2), 129-133.

Marconi, M; Lakatos, E (1999) *Técnicas de Pesquisa*. São Paulo: Atlas.

Martins, M (2010) *Aliviando o Sofrimento: O Processo de Acompanhamento de Enfermagem ao Doente em Final de Vida*. Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa.

Matos, P; Pereira, M (2005) “Áreas de Intervenção na Doença Oncológica” in Pereira, M; Lopes, C (eds.) *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores, 15-25.

Melloy, P et al. (2010) “Communication Skills of Nurses in Palliative Care” *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 12(3), 166-174.

McCabe, C (2004) “Nurse-patient communication: an exploration of patients experiences” *Journal of Clinical Nursing*. 13(1), 41-49.

Moraes, T (2009) “Como cuidar de um doente em fase avançada de doença” *O Mundo da Saúde*. 33(2), 231-238.

Moreira, I (2006) *O Doente Terminal em Contexto Familiar*. Coimbra: Formasau.

Neto, I (2010) “Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos” in Barbosa, A; Neto, I (eds.) *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 1-42.

Organização Mundial de Saúde (OMS) “WHO Definition of Palliative Care”. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [5 de Junho de 2012].

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2004) “Suplemento da Revista Ordem dos Enfermeiros ” [http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE\\_13\\_Julho\\_2004\\_Suplemento.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_13_Julho_2004_Suplemento.pdf) [10 de Fevereiro de 2012].

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2005) *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Ordem dos Enfermeiros.

Pacheco, S (2004) *Cuidar A Pessoa Em Fase Terminal*. Loures: Lusociência.

Pacheco, S (2006) “A morte no ciclo vital: perspetiva da enfermagem” in *Revista Ordem dos Enfermeiros*. 20, 31-34.

Pereira, A (2008). *Comunicação de Más Notícias em Saúde e Gestão do Luto*. Coimbra: Formasau.

Pereira, M; Lopes, C (2005) *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.

Pessini, L (1996) “Distanásia: até quando investir sem agredir?”

[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/394/357](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/394/357)[09-02-2012]

Pessini, L; Bertachini, L (2005) “Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade” *O Mundo da Saúde*. 29(4), 491-509.

Phaneuf, M (2005) *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Pires, A (2001) “Cuidar em fim-de-vida: aspetos éticos” *Cadernos de Bioética*. 25, 85 - 94.

Polit et al. (2004) *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.

Pontes et al. (2008) “Comunicação terapêutica em Enfermagem: Instrumento essencial do cuidado” *Revista Brasileira de Enfermagem*. 6(3), 312-318.

Pordata “Óbitos por algumas causas de morte” Fontes/entidades: INE – DGS/MS, INE <http://www.pordata.pt/Portugal/Obitos+por+algumas+causas+de+morte+100+mil+habitantes~1987> [12 de Setembro de 2012].

Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2010) “Em Proposta de Revisão do Programa Nacional de Cuidados Paliativos”.

[http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/PNCP\\_19Maio\\_2010](http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/PNCP_19Maio_2010) [12 de Julho de 2012].

Querido et al. (2010) “ Comunicação” in Barbosa, A; Neto, I (eds.) *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos. Centro de Bioética: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 461-532.

Quintana, A (2006) “Sentimentos e Percepções da Equipe de Saúde frente ao Paciente Terminal” *Paideia*. 16(35), 415-425.

Quivy, R; Campenhoudt, L (2003) *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Riley, J (2004) *Comunicação em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Santos, C; Shiratori, K (2008) “Comunicação Não-verbal: Importância no Cuidado de Enfermagem” *Enfermería Global*. 12, 1-9.

Sapeta, P; Lopes, M (2007) “Cuidar em Fim de vida: fatores que interferem no processo de interação enfermeiro doente”. *Revista Referência*. 4, 35-57.

Saraiva, M (2003) “O processo de comunicação em ambiente oncológico: vivências dos enfermeiros e seus significados” *Revista Investigação em Enfermagem*. 8, 37- 48.

Silva, M (2003) “Comunicação com paciente fora de possibilidades terapêuticas: reflexões” *O Mundo da Saúde*. 27(1), 64-70.

Silva, M (2005) “O aprendizado da linguagem não-verbal e o cuidar” in Stefanelli, M; Carvalho, E (eds.) “A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem”. São Paulo: Manole, 47-61.

Sociedade Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) “Guia de cuidados paliativos: Definición de enfermedad terminal”  
<http://www.secpal.com/guiacp/index.php?acc=dos> [23 de Maio de 2012].

Solano, J et al. (2006) “A Comparison of Symptom Prevalence in Far Advanced Cancer, AIDS, Heart Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Renal Disease” *Journal of Pain and Symptom Management*. 31(1),58-69.

Stefanelli, M (2005) “Conceitos teóricos sobre comunicação” in Stefanelli, M; Carvalho, E (eds.) *A Comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. São Paulo: Manole, 28-46.

Streubert, H; Carpenter, D (2002) *Investigação Qualitativa em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Watson, J (2002) *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

## **ANEXOS**



## **ANEXO I**

---

### **GUIÃO DA ENTREVISTA**

## GUIÃO DA ENTREVISTA

### ELEMENTOS PESSOAIS DO ENTREVISTADO

Idade: \_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_

Serviço: \_\_\_\_\_

Categoria profissional: \_\_\_\_\_

Tempo de exercício profissional: \_\_\_\_ anos

Formação académica: \_\_\_\_\_

Formação em cuidados paliativos: \_\_\_\_\_

### ÁREAS TEMÁTICAS ORIENTADORAS

- Importância da comunicação com a pessoa com doença terminal;
- Sentimentos vivenciados no processo de comunicação;
- A identificação dos componentes da comunicação;
- A atuação durante o processo de comunicação perante a pessoa com doença oncológica/não oncológica.

ÁREAS TEMÁTICAS	OBJETIVOS	EXEMPLOS DE QUESTÕES
<b>Importância do processo de comunicação com a pessoa com doença terminal</b>	Conhecer a importância atribuída pelos enfermeiros, ao processo de comunicação com a pessoa com doença em fase terminal.	Já cuidou de alguma pessoa com doença em fase terminal? Pensando nessas pessoas que cuidou, que aspetos mais valorizou? E no processo de comunicação que estabeleceu com a pessoa com doença em fase terminal, há algum aspeto que considere mais importante?
	Identificar se a atuação do enfermeiro ao cuidar da pessoa com doença em fase terminal, é influenciada de acordo com o tipo de comunicação estabelecida.	Acha que o tipo de comunicação que estabelece com a pessoa com doença em fase terminal, influencia a sua prática? Em que medida? Seria capaz de me dar exemplos?

<p><b>Sentimentos vivenciados durante o processo de comunicação com a pessoa com doença em fase terminal</b></p>	<p>Conhecer os sentimentos que os enfermeiros vivenciam, durante o processo de comunicação com a pessoa com doença em fase terminal.</p>	<p>Sente alguma dificuldade em cuidar de uma pessoa com doença em fase terminal? E em lidar com a sua família? Recorda-se de alguma experiência que o tenha marcado, ao cuidar de uma pessoa com doença em fase terminal e sua família? Que impacto emocional é que essa experiência teve em si? Seria capaz de descrever o que sentiu?</p>
<p><b>Comunicação com a pessoa com doença oncológica/não oncológica</b></p>	<p>Compreender se o processo de comunicação com a pessoa com doença oncológica em fase terminal, difere da pessoa com doença não oncológica em fase terminal.</p>	<p>Quando falamos em pessoa com doença em fase terminal, pensa em que doentes? É comum cuidar de pessoas com doença em fase terminal de etiologia não oncológica? Na sua opinião as necessidades desses doentes são idênticas às dos doentes com doença oncológica? Como é que elas se evidenciam e constituem alvo da sua atenção?</p>

## **ANEXO II**

---

### **PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO**

**Exmo. Senhor**  
**Presidente do Conselho de Administração**  
**Da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E**

**Assunto:** Pedido de Autorização Para Realização de Estudo

O meu nome é Susana Maria Ferreira Pinto da Silva, sou enfermeira e aluna do 2º ano do II Mestrado em Cuidados Paliativos (2010/2012), da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Estou a realizar um estudo de investigação no âmbito do Mestrado e através dele pretendo conhecer as experiências vivenciadas pelos enfermeiros durante o processo de comunicação com a pessoa com doença em fase terminal. Neste sentido, venho por este meio solicitar a V. Ex<sup>a</sup> a disponibilidade dos vossos serviços, para colaborar na aplicação de um instrumento de colheita de dados: entrevistas a enfermeiros do departamento de medicina, para que estes relatem a sua experiência neste domínio.

Comprometo-me a respeitar os princípios éticos básicos, bem como o consentimento livre e informado, anonimato e confidencialidade.

Agradeço desde já a atenção dispensada a este assunto, apresento os melhores cumprimentos:

Porto, Outubro de 2012

Pede deferimento

---

Orientador do Trabalho de Projeto

---

A aluna

### **ANEXO III**

---

#### **CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA**

## CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ENTREVISTA

O meu nome é Susana Maria Ferreira Pinto da Silva, sou enfermeira e aluna do II Mestrado de Cuidados Paliativos, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Encontro-me a realizar um estudo de investigação no âmbito do meu curso de Mestrado. Através dele pretendo conhecer as experiências vivenciadas pelos enfermeiros, durante o processo de comunicação com a pessoa com doença em fase terminal. Neste sentido, estou a realizar uma série de entrevistas a enfermeiros do serviço de medicina, para que estes relatem a sua experiência neste domínio.

Só participará nesta entrevista se for esse o seu desejo, reservando-se o direito de revogar a sua participação a qualquer momento.

A entrevista será gravada em suporte áudio de forma a facilitar a sua posterior análise. Garanto-lhe que a sua identificação nunca será publicada e apenas eu terei acesso à gravação. Todos os dados recolhidos serão anónimos e as gravações definitivamente eliminadas após a sua transcrição e validação.

Se concordar em participar, por favor assine no espaço abaixo e desde já muito obrigado por aceitar dar o seu importante contributo.

Eu, \_\_\_\_\_, tomei conhecimento da finalidade desta entrevista e da necessidade da sua realização. Fui elucidado no que se refere a todas as questões que coloquei. De igual modo, fui informado que disponho do direito de, em qualquer altura, recusar participar na entrevista e que a minha recusa não terá qualquer tipo de consequências. Deste modo, declaro que aceito realizar esta entrevista.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_